



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ»

Φοιτήτρια : Στεργίου Ευγενία

Εισηγήτρια : Ζαμπίρα Ίρις

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2020

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	4
ABSTRACT	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	6
Εισαγωγή.....	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	8
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	8
3.1: ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	8
3.2: ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	8
3.2.1: ΑΓΓΕΙΩΣΗ ΜΑΣΤΟΥ	9
3.2.2: ΦΛΕΒΙΚΗ ΑΠΟΧΕΤΕΥΣΗ	9
3.2.3: ΝΕΥΡΩΣΗ ΜΑΣΤΟΥ	10
3.2.4: ΛΕΜΦΙΚΗ ΑΠΟΧΕΤΕΥΣΗ	10
3.2.5: ΛΕΜΦΟΓΑΓΓΛΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	10
3.3: ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	11
3.4: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ.....	12
3.5: ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	13
3.5.1: ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	13
3.5.1.1: ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	13
3.5.1.2: ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	16
3.5.2: ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	17
3.5.3: ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	19
3.5.4: ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΚΟΗΘΕΙΑΣ ΜΑΣΤΟΥ	20
3.5.4.1: ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ.....	20
3.5.4.2: ΑΝΗΣΥΧΗΤΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ.....	21
ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ.....	22
ΨΗΛΑΦΗΣΗ	22
3.5.4.3: ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΚΟΗΘΕΙΑΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	23
Α) ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ	23
Β) ΥΠΕΡΗΧΟΣ ΜΑΣΤΟΥ	26
Γ) ΞΗΡΟΓΡΑΦΙΑ.....	27
Δ) ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ	27
Ε) ΒΙΟΨΙΑ ΜΑΣΤΟΥ	27

3.5.5: ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	29
3.5.6: ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	30
3.5.6.1: ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΙ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΜΑΣΤΟΥ.....	30
3.5.7: ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	31
3.6: ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	34
α) ακτινοθεραπεία	35
β) ορμονοθεραπεία.....	35
γ) χημειοθεραπεία	35
3.7: ΕΚΤΙΜΗΣΗ – ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ.....	36
3.7.1: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	36
3.7.2: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	37
3.7.3: ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	37
3.7.4: ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΩΝ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	38
3.7.5: Ο ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ.....	39
3.7.6: ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ.....	40
3.7.7: ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΑΤ’ ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ	41
3.7.8: ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΠΑΣΧΕΙ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:.....	46
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	46
4.1: Είδος έρευνας	46
4.2: Περιγραφή δείγματος:	46
4.3: Μέθοδος συλλογής:.....	46
4.4: Διαδικασία συλλογής:	46
4.5. ΕΠΙΛΟΓΗ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΘΕΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΕΡΕΥΝΑ-ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ	51
5.1.1: ΑΝΑΦΟΡΕΣ ΑΠΟ ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	51
5.1.2: ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	51
5.1.3: Ο ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΩΣ ΜΕΘΟΔΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	52
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	54
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	55

Περίληψη

Εισαγωγή: Στη συγκεκριμένη εργασία γίνεται λόγος για την ασθένεια του καρκίνου του μαστού στις γυναίκες, σύμφωνα με τα δεδομένα της ιατρικής και νοσηλευτικής επιστήμης. Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί μια συχνή πάθηση της σύγχρονης εποχής που απασχολεί πολύ το γυναικείο πληθυσμό.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση σημαντικών πληροφοριών που αφορούν τον καρκίνο του μαστού, καθώς και του ρόλου του νοσηλευτικού προσωπικού.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση ερευνητικών άρθρων στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων Pubmed αλλά και σε επιστημονικά συγγράμματα.

Αποτελέσματα: Η έγκαιρη διάγνωση και η αποτελεσματική θεραπεία θα βοηθήσουν την ασθενή να νιώσει καλύτερα και να δει με αισιοδοξία το μέλλον. Καθοριστική είναι η παρέμβαση του νοσηλευτικού προσωπικού στη φροντίδα της ασθενούς και στην ψυχολογική υποστήριξή της. Επιπλέον, τα νέα ερευνητικά δεδομένα σχετικά με τη νόσο του καρκίνου του μαστού αλλά και το ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού στη φροντίδα της ασθενούς καθιστούν εμφανή τη σημαντικότητα της νοσηλευτικής παρέμβασης στην πορεία και την εξέλιξη της νόσου.

Συμπεράσματα: Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει το συμπέρασμα πως όσο πιο νωρίς διαγνωσθεί η νόσος του καρκίνου του μαστού, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα για καλύτερη θεραπευτική αντιμετώπιση έως και επίτευξη ίασης. Επιπλέον, ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολύπλευρος και εστιάζεται στην εκτίμηση της κατάστασης της ασθενούς, στην εκπαίδευση αυτής αλλά και της οικογενείας της, στη συμβουλευτική, στην υποστήριξη και στη φροντίδα της ασθενούς. Η αποτελεσματική φροντίδα της ασθενούς στοχεύει κυρίως στην εφαρμογή κατάλληλης νοσηλευτικής παρέμβασης.

Λέξεις – κλειδιά: καρκίνος μαστού, θεραπεία, διάγνωση, νοσηλευτική παρέμβαση.

ABSTRACT

Introduction: This thesis discusses breast cancer in women, based on scientific medical and nursing data. Breast cancer is a common condition in modern times, which concerns a lot the female polulation.

Purpose: The purpose of this thesis is to describe key issues of breast cancer and the role of the nursing staff that in dealing with this disease.

Methodology: A literature review was carried out based on research articles (using the electronic PubMed database) but also on scientific books.

Results: Early diagnosis and effective treatment can help the patient feel better and see the future with optimism. The intervention of the nursing staff in the care of the patient and in her psychological support is decisive. In addition, new research data on breast cancer and the role of nursing staff in patient care, underline the importance of nursing intervention in the course and progression of the disease.

Conclusions: The earlier breast cancer is diagnosed, the greater the likelihood of successful treatment. Moreover, the role of the nurse is multidimensional and focuses on assessment of the patient's status, on the education of patient, on family support and counseling, but also on patient care. Effective patient care primarily aims at implementing appropriate nursing intervention.

Key words: breast cancer, treatment, diagnosis, nursing intervention.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Εισαγωγή

Η εκπόνηση της παρούσας εργασίας με θέμα τον καρκίνο του μαστού και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις πραγματοποιήθηκε ώστε να γίνει πιο εύκολα αντιληπτή η νόσος του καρκίνου του μαστού, η οποία αποτελεί πολύ ευαίσθητο θέμα στον γυναικείο πληθυσμό. Στόχος της είναι η κατανόηση της νόσου του καρκίνου του μαστού, αλλά και ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού στην υποστήριξη των ασθενών σε όλα τα στάδια της νόσου. Η εργασία χωρίζεται σε έξι κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται εν συντομία το περιεχόμενο της εργασίας ενώ στο δεύτερο κεφάλαιο αναφέρονται ο σκοπός και οι στόχοι της εργασίας. Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται μια βιβλιογραφική ανασκόπηση αρχικά γύρω από τη νόσο του καρκίνου του μαστού. Συγκεκριμένα, δίνεται ο ορισμός της νόσου και ανατομικά - φυσιολογικά στοιχεία. Εν συνεχεία, περιγράφεται η κλινική εικόνα της ασθενούς με καρκίνο του μαστού και τέλος γίνεται προσέγγιση της διαγνωστικής και θεραπευτικής αντιμετώπισης. Ακόμη, γίνεται λόγος για το ρόλο του νοσηλευτή και τη νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενή με καρκίνο μαστού. Στο τέταρτο και πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα νεότερα ερευνητικά δεδομένα σχετικά με τον καρκίνο του μαστού και τη νοσηλευτική παρέμβαση στις ασθενείς που νοσούν. Στο έκτο κεφάλαιο αναφέρονται τα συμπεράσματα που προκύπτουν από την παρούσα εργασία και στη συνέχεια η βιβλιογραφία στην οποία βασίστηκε η συγγραφή της εργασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η κατανόηση της νόσου από το αναγνωστικό κοινό και η ενημέρωση του σχετικά με την ασθένεια του καρκίνου του μαστού, αλλά και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις στη διαχείριση της νόσου. Παράλληλα, στόχος είναι να αναδείξει το ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού σε ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο του μαστού και ειδικότερα να επισημάνει τη σημαντικότητα της νοσηλευτικής φροντίδας στον καρκίνο του μαστού και στη διαδικασία αποκατάστασης και υποστήριξης των ασθενών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

3.1: ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Καρκίνος του μαστού είναι η ανάπτυξη κακοήθους όγκου στην περιοχή του μαστού. Είναι από τις πιο συχνά εμφανιζόμενες μορφές καρκίνου στις γυναίκες. Ο καρκίνος είναι μια μη φυσιολογική κυτταρική ομάδα που αναπτύσσεται με πολύ γρήγορο ρυθμό και εξαιτίας αυτού καταστρέφονται υγιείς ιστοί. Τα κύτταρα αυτά έχουν τη δυνατότητα διήθησης - διείσδυσης στους ιστούς και προκαλούν σοβαρές συνέπειες βλάβης στη λειτουργία του οργανισμού. Η νόσος στους άνδρες δεν είναι συχνή. Όσον αφορά τις γυναίκες, αντιμετωπίζουν όλες τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου, όμως όχι στον ίδιο βαθμό (Χατζημπούγιας, 2003).

3.2: ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο μαστός είναι αναρτημένος στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα, εκτεινόμενος από τη 2η μέχρι την 6η πλευρά και από το έξω στερνικό χείλος μέχρι την πρόσθια μασχαλιαία γραμμή. Παρ' όλα αυτά, ο μαστικός αδενικός ιστός μπορεί να έχει ευρύτερη κατανομή με αποτέλεσμα, σαν χειρουργικά ανατομικά όρια (επί μαστεκτομής), να θεωρούνται η μέση γραμμή, η κλείδα, η θήκη του ορθού κοιλιακού μυός και ο πλατύς ραχιαίος μυς. Στο έξω πλάγιο της μέσης μαζικής γραμμής και στο ύψος του τέταρτου μεσοπλεύριου διαστήματος βρίσκεται η θηλή, περιβαλλόμενη από μια κυκλωτερή ελαφρά υπερχρωσμένη περιοχή, τη θηλαία άλω. Το δέρμα της θηλής δεν έχει λίπος, τρίχες και σμηγματογόνους αδένες, οι τελευταίοι υπάρχουν στην περιφέρεια της άλω (αδένες Montgomery). Η θηλή και ο χώρος κάτω από την άλω κατακλύζονται από πολλές λείες μυϊκές ίνες που διανέμονται συγκεντρωτικά και ακτινωτά και καταλήγουν στη βάση του δέρματος της θηλής. Λειτουργία τους είναι η ανόρθωση, με απτικά ερεθίσματα, της θηλής ώστε να κενώνονται ευκολότερα οι εκφορητικοί πόροι. Ο βαθύτερος χρωματισμός της θηλής και της άλω οφείλεται αφενός μεν στο μεγαλύτερο ποσοστό χρωστικής, αφετέρου δε στην ανάπτυξη δερματικών θηλών, δια μέσου των οποίων αίμα έρχεται κοντά στην επιφάνεια. Οι μαστικοί αδένες αποτελούνται από μια σειρά πόρων και αντίστοιχων εκκριτικών λοβίων. Τα στοιχεία αυτά αθροίζονται και σχηματίζουν 15 έως 20 γαλακτοφόρους πόρους, οι οποίοι εκβάλλουν ξεχωριστά ο καθένας στη θηλή. Οι πόροι και τα λόβια του μαστικού αδένος περιβάλλονται από ένα καλά ανεπτυγμένο στρώμα συνδετικού ιστού. Σε

κάποιες περιοχές, το στρώμα αυτό πυκνώνει και σχηματίζει ανεξάρτητους συνδέσμους, τους κρεμαστήρες συνδέσμους του μαστού, οι οποίοι συμφύονται με το χόριο του δέρματος και υποστηρίζουν το μαστό. Το καρκίνωμα του μαστού προκαλεί διάταση των συνδέσμων αυτών με συνέπεια τη ρυτίδωση του δέρματος (Χατζημπούγιας, 2003).

3.2.1: ΑΓΓΕΙΩΣΗ ΜΑΣΤΟΥ

Αρτηριακή τροφοδοσία

Ο μαστός σχετίζεται με το θωρακικό τοίχωμα και τα μορφώματα που συνδέονται με το άνω άκρο. Συνεπώς, η αρτηριακή τροφοδοσία και η αποχέτευσή του μπορεί να προσέλθει από ποικίλες οδούς (Χατζημπούγιας, 2003):

- ο Την πλάγια ή έξω θωρακική αρτηρία, κλάδος της μασχαλιαίας, που πορεύεται κατά μήκος του έξω χείλους του ελάσσονα θωρακικού μυός, οι δε έξω μαστικοί κλάδοι της αποτελούν τη δεύτερη πιο σημαντική πηγή αίματος του μαστού.
- ο Τους διατιτρώντες κλάδους της έσω μαστικής αρτηρίας, οι οποίοι περνούν από το πρώτο έως το τέταρτο μεσοπλεύριο διάστημα, διατρύπουν την κατάφυση του μείζονα θωρακικού μυός και εισέρχονται στο έσω χείλος του μαστού, αιματώνοντας το 50% του οργάνου (Αγοραστός, Βαβίλης, Μπόντης, 2005).
- ο Η τρίτη σημαντική αρτηρία είναι ο θωρακικός κλάδος της ακρωμιοθωρακικής αρτηρίας, επίσης κλάδος της μασχαλιαίας. Πορεύεται μεταξύ των δύο θωρακικών μυών και αιματώνει την οπίσθια επιφάνεια του αδένου (Χατζημπούγιας, 2003).

3.2.2: ΦΛΕΒΙΚΗ ΑΠΟΧΕΤΕΥΣΗ

Ο μαστός έχει ένα πλούσιο αναστομωτικό δίκτυο υποδόριων φλεβών, οι οποίες στην πλειονότητα τους εκβάλλουν στην έσω μαστική φλέβα και από εκεί στην ανώνυμο. Οι εν τω βάθει φλέβες του μαστικού αδένου ακολουθούν οδούς αντίστοιχες με τα αρτηριακά στελέχη. Μια οδός αποχέτευσης είναι η δια των προσθίων διατιτρώντων μεσοπλευρίων φλεβών προς την έσω μαστική φλέβα, μια άλλη είναι η οδός προς τη μασχαλιαία φλέβα με πολλαπλούς μικρούς κλάδους. Η τρίτη οδός είναι η δια των οπισθίων αναστομωτικών κλάδων προς τις μεσοπλεύριες φλέβες, οι οποίες αναστομώνονται με τις σπονδυλικές φλέβες και καταλήγουν στην άξυγο φλέβα. Το γεγονός αυτό δικαιολογεί την εμφάνιση μεταστάσεων του καρκίνου του μαστού στη σπονδυλική στήλη ή ακόμα και στο ιερό οστού (Χατζημπούγιας, 2003).

3.2.3: ΝΕΥΡΩΣΗ ΜΑΣΤΟΥ

Η νεύρωση του μαστού προέρχεται από πρόσθιους και πλάγιους υποδόριους κλάδους των μεσοπλεύριων νεύρων. Η θηλή νευρώνεται από το τέταρτο μεσοπλεύριο νεύρο (Χατζημπούγιας, 2003).

3.2.4: ΛΕΜΦΙΚΗ ΑΠΟΧΕΤΕΥΣΗ

Ο καρκίνος του μαστού επεκτείνεται προς τους τοπικούς λεμφαδένες. Η ανίχνευση λεμφαδένων διηθημένων υποδηλώνει κακή πρόγνωση. Γενικά τα λεμφαγγεία ακολουθούν την κυκλοφορία του αίματος, αλλά υπάρχει και ανεξάρτητη διασύνδεση μεταξύ των λεμφαγγείων μεταξύ τους και κάποιες φορές με τα λεμφαγγεία του άλλου μαστού. Το έξω ημιμόριο του μαστού παροχετεύει λέμφο προς την ομάδα των μασχαλιαίων λεμφαδένων, ενώ το έσω ημιμόριο προς την μαστική αλυσίδα. Οι λεμφαδένες της μασχάλης είναι διατεταγμένοι σε 5 ομάδες, οι οποίες πρέπει να εξετάζονται ξεχωριστά (Χατζημπούγιας, 2003).

- η εξωτερική οδός προς τη μασχάλη απάγει το 75% της λέμφου από τη θηλή και το εξωτερικό τμήμα του μαστού
- στο μεγαλύτερο μέρος της η υπόλοιπη αποχέτευση γίνεται στους παραστερνικούς λεμφαδένες, οι οποίοι εντοπίζονται στο βάθος του πρόσθιου θωρακικού τοιχώματος και σχετίζονται με την έσω θωρακική αρτηρία
- ένα μέρος της αποχέτευσης μπορεί να γίνει με λεμφαγγεία, τα οποία συνοδεύουν τους πλάγιους κλάδους των οπίσθιων μεσοπλεύριων αρτηριών και συνδέονται με μεσοπλεύριους λεμφαδένες που εντοπίζονται στις κεφαλές και τους αυχένες των πλευρών. Οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες (αποτελούν την πιο συχνή αρχική θέση επέκτασης του καρκίνου του μαστού) αποχετεύουν στα υποκλείδια στελέχη, οι παραστερνικοί στα βρογχομεσοπνευμόνια στελέχη και οι μεσοπλεύριοι λεμφαδένες είτε στο θωρακικό πόρο, είτε στα βρογχομεσοπνευμόνια στελέχη (Αγοραστός, Βαβίλης, Μπόντης, 2005).

3.2.5: ΛΕΜΦΟΓΑΓΓΛΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Οι φυσιολογικοί λεμφαδένες (λεμφογάγγλια) (το σχήμα τους μοιάζει με αυτό των νεφρών), είναι ελαστικοί και ευκίνητοι και λειτουργούν ως «ισθμός», μέσω του οποίου συγκρατούνται υπολείμματα κατεστραμμένων κυττάρων, νεοπλασματικά κύτταρα αλλά και μικρόβια, ξένα σωματίδια. Οι λεμφαδένες που σχετίζονται με τον μαστό βρίσκονται στο λίπος της μασχάλης (μασχαλιαίοι λεμφαδένες), στην περιοχή

πάνω από την κλείδα (υπερκλείδιος χώρος), στο κατώτερο τριτημόριο του λαιμού (κατώτεροι τραχηλικοί λεμφαδένες), καθώς και στο έσω ημιθωράκιο πίσω από την πλάγια επιφάνεια του στέρνου (έσω μαστικοί λεμφαδένες) (Χατζημπούγιας, 2003).

Α) Μασχαλιαία: προς αυτά κατευθύνεται η κύρια έξω λεμφική οδός, η οποία καταλήγει στα κεντρικά γάγγλια και από εκεί στις διάφορες άλλες ομάδες, οι οποίες αναστομώνονται μεταξύ τους (Χατζημπούγιας, 2003):

1. Έξω μαστικά (έσω ομάδα ή θωρακικά) κατά μήκος της πλάγιας θωρακικής αρτηρίας.
2. Ωμοπλατιαία (οπίσθια πλατιαία) κατά την πορεία της υποπλατίου φλέβας, πολύ κοντά στο θωρακοραχιαίο νεύρο.
3. Κεντρικά, είναι μια μεγάλη ομάδα επιφανειακά, κάτω από το δέρμα της μασχάλης.
4. Γάγγλια της μασχαλιαίας φλέβας (έξω ομάδα ή βραχιόνια) κάτω από τον τένοντα του μείζονα θωρακικού μυός.
5. Υποκλείδια (κορυφαία της μασχάλης) κάτω από τον τένοντα του υποκλειδίου μυός. Σε αυτά καταλήγουν συλλεκτικές λεμφικοί οδοί από όλες τις άλλες ομάδες των μασχαλιαίων γαγγλίων (Ιωαννίδου, Μουζάκα, 2005).

Β) Υπερκλείδια: ψηλαφώνται επιφανειακά και πλάγια στην υπερκλείδια χώρα (Χατζημπούγιας, 2003).

Γ) Γάγγλια της έσω μαστικής: συνήθως εντοπίζονται στο ύψος των τριών πρώτων μεσοπλεύριων διαστημάτων. Προς αυτά απάγεται η λέμφος της οπίσθιας και έσω επιφάνειας του μαστού, καθώς επίσης και λέμφος από το ήπαρ, το διάφραγμα και την άνω μοίρα του ορθού κοιλιακού μυός (Χατζημπούγιας, 2003).

3.3: ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο γυναικείος μαστός στην ηλικία των 20 με 30 χρόνων έχει διαφορά βιολογικά και ορμονικά από το μαστό των γυναικών ηλικίας 40 με 50 χρόνων, οι οποίες εισέρχονται σταδιακά στην εμμηνόπαυση. Κατά τη διάρκεια της ηλικίας αναπαραγωγής, τα υψηλά επίπεδα των οιστρογόνων που εκκρίνονται από τις ωοθήκες, αλλά και η προγεστερόνη διατηρούν πυκνούς τους μαστούς και αυτό συνδέεται με τις περιοδικές αλλαγές που εμφανίζονται σε αυτούς λίγες ημέρες πριν την ωορρηξία μέχρι και την

εμμηνορρυσία, όπως η ανάπτυξη του μεγέθους των μαστών, ο πόνος και η ευαισθησία. Τα συμπτώματα αυτά συνήθως εξαφανίζονται λίγες ημέρες μετά την αρχή της εμμηνορρυσίας, είναι απολύτως φυσιολογικά και δεν προκαλούν κανένα άγχος. Καθώς οι γυναίκες εισέρχονται στην εμμηνόπαυση ο αδενικός ιστός και τα λόβια του μαστού ατροφούν και τα αντικαθιστά το λίπος. Έτσι παρατηρείται μείωση σταδιακά της πυκνότητας των μαστών που έχει ως συνέπεια τη μεγαλύτερη ευαισθησία της μαστογραφίας στην ανίχνευση του καρκίνου, αλλά και την υποχώρηση του πόνου και της ευαισθησίας που εμφάνιζε η γυναίκα κατά την ηλικία της αναπαραγωγής (Λινός, 2008).

3.4: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Ο καρκίνος του μαστού είναι μια ασθένεια, η οποία προσβάλλει, γυναίκες στις πιο πολλές περιπτώσεις, με αρνητικό κληρονομικό ιστορικό. Σύμφωνα με στοιχεία της Ευρωπαϊκής Ένωσης, από τις γυναίκες που γεννιούνται σήμερα μία στις εννέα κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της ζωής της θα νοσήσει από καρκίνο του μαστού. Αυτή η νόσος στις αναπτυγμένες χώρες αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου σε γυναίκες ηλικίας 40-45 χρόνων. Σε παγκόσμιο επίπεδο μία στις 11 γυναίκες θα αναπτύξει καρκίνο του μαστού κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της ζωής της, είτε επιβαρύνεται με κληρονομικό ιστορικό είτε όχι, ενώ η κακοήθεια μαστού φτάνει στο 12% όταν η γυναίκα είναι κάτω των 45 χρόνων και αυξάνεται στο 35% όταν η γυναίκα είναι κάτω των 55 χρόνων. Στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι ανά έτος κάνουν την εμφάνιση τους περίπου 4.500 καινούριες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού, ενώ περίπου 1.500 Ελληνίδες πεθαίνουν ανά χρόνο από τη νόσο. Ο καρκίνος του μαστού δεν είναι μια νόσος με σαφή αιτιολογία και ούτε υπάρχει ένα μόνο είδος καρκίνου του μαστού. Είναι γνωστό ότι κάποιες γυναίκες είναι πιο πιθανό από κάποιες άλλες να πάθουν καρκίνο του μαστού και έχουν βρεθεί παράγοντες που αυξάνουν και άλλους που μειώνουν αυτό τον κίνδυνο. Αυτοί είναι δυο ειδών: γενετικοί, που μεταφέρονται μέσα στα κύτταρά και περιβαλλοντικοί, οι οποίοι επηρεάζουν μετά τη γέννηση του ατόμου (Λινός, 2008).

Η γνώση των παραγόντων αυτών μπορεί να βοηθήσει στην αξιολόγηση των γυναικών υψηλού κινδύνου, ώστε αυτές να παρακολουθούνται σχολαστικά και να αντιμετωπίζονται έγκαιρα αν ασθενήσουν, αλλά και να αλλάξουν κάποιες συνήθειες της ζωής τους, οι οποίες θεωρούνται επικίνδυνες. Παράγοντες αυξημένου κινδύνου για την εμφάνιση της νόσου είναι η προχωρημένη ηλικία, η βεβαρυμμένη με καρκίνο

οικογενειακή και ατομική κληρονομικότητα, το γυναικείο φύλο, η καθυστερημένη εγκυμοσύνη, η μεγάλη διάρκεια της γόνιμης περιόδου, ο τόπος καταγωγής, η παράλειψη του θηλασμού, η κατάχρηση λιπαρών ουσιών, η παχυσαρκία, το κάπνισμα, η κατάχρηση οινόπνευματος, η φτωχή διαίτα σε χόρτα, φρούτα και βιταμίνες, οι ακτινοβολίες, η λήψη θηλυκών ορμονών, η ύπαρξη κυτταρικής δυσπλασίας και ο καρκίνος του άλλου μαστού. Σημειώνεται, ότι παρόλο που κάποια γυναίκα διαθέτει κάποιους από τους επιβαρυντικούς παράγοντες, αυτό δε σημαίνει ότι υποχρεωτικά κάποια στιγμή θα νοσήσει από καρκίνο του μαστού, αλλά και αντίστροφα δε σημαίνει πως όποια γυναίκα δεν τους έχει δεν πρόκειται ποτέ να νοσήσει από καρκίνο. Το αισιόδοξο μήνυμα είναι ότι τα ποσοστά θνησιμότητας ελαττώνονται και θεωρείται ότι αυτό είναι αποτέλεσμα της έγκαιρης διάγνωσης και των αποτελεσματικών θεραπειών, καθώς το 90% σχεδόν των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού που έχουν διαγνωσθεί έγκαιρα είναι ιάσιμες (Λινός, 2008).

3.5: ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο μαστός στη γυναίκα υπόκειται σε πλήθος μορφολογικών και λειτουργικών μεταβολών, οι οποίες σχετίζονται με την εμμηνορρυσία, την κύηση, την γαλουχία, και την εμμηνόπαυση. Ο δυναμικός αυτός ρόλος του έχει ως συνέπεια πλήθος κλινικών εκδηλώσεων και δυσλειτουργιών, που καθιστούν τα νοσήματα του μαστού συχνά κλινικά προβλήματα (Λινός, 2008).

3.5.1: ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

3.5.1.1: ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Οι καλοήθεις παθήσεις αφορούν το 88%-90% της παθολογίας του μαστού και περιλαμβάνουν όλες τις παθολογικές του καταστάσεις, εκτός του καρκίνου. Οι καλοήθεις παθήσεις του μαστού εμφανίζουν ακτινολογική και κλινική ποικιλομορφία και μπορούν να χωριστούν, βάσει της κλινικής τους εικόνας, σε οκτώ ομάδες (Λινός, 2008).

- ο *Παθήσεις απότοκες θηλασμού*: Επώδυνες ραγάδες και θηλές, υπερφόρτωση των μαστών, απόστημα του μαστού, μαστίτιδα της λοχείας, γαλακτοκήλη (Λινός, 2008).
- ο *Φλεγμονή Μαστού*: Στη συγκεκριμένη ομάδα περιλαμβάνονται όλες οι

καταστάσεις φλεγμονών, οι οποίες εμφανίζονται εκτός της περιόδου της γαλουχίας. Οι περιπτώσεις αυτές διακρίνονται σε: μαστίτιδα (οξεία μαστίτιδα, χρόνια ή υποτροπιάζουσα μαστίτιδα, μαστίτιδα από σιλικόνη), απόστημα του μαστού, έκζεμα, συρίγγιο, ειδικές φλεγμονές (Λινός, 2008).

- ο **Παθολογικές εκκρίσεις** - Υγρό από τη θηλή: Ένα σημαντικό ποσοστό γυναικών (35%-40%), που προσέρχεται για εξέταση, εμφανίζει υγρό από τη θηλή. Η έκκριση αυτή μπορεί να είναι τυχαίο στοιχείο από την ίδια την ασθενή ή να διαπιστωθεί κατά την μαστογραφία ή την κλινική εξέταση. Η ύπαρξη εκκρίματος από την θηλή, εκτός περιόδου θηλασμού και κύησης, αποτελεί παθολογικό εύρημα, επομένως θα πρέπει να γίνεται κυτταρολογικός έλεγχος του εκκρίματος. Κάθε έκκριση, όμως, από τον μαστό δεν προδικάζει κακοήθεια. Υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός καταστάσεων που είναι πιθανό να προκαλέσει παθολογική έκκριση (Λινός, 2008).
- ο **Συγγενείς ανωμαλίες του μαστού**: Οι συγγενείς ανωμαλίες του μαστού περιλαμβάνουν πληθώρα κλινικοανατομικών δυσμορφιών, από τις απλές υποπλασίες μέχρι τις σοβαρές ανωμαλίες. Οι ανωμαλίες αυτές δημιουργούν διαφορετικού βαθμού ασυμμετρία των μαστών, η οποία επηρεάζει την ψυχική υγεία των ασθενών που νοσούν. Οι ανωμαλίες των μαστών διαχωρίζονται στις ανωμαλίες ατροφικού τύπου, ανωμαλίες υπερτροφικού τύπου και ανωμαλίες του συμπλέγματος της θηλής-θηλαίας άλω (Λινός, 2008).
- ο **Καλοήθεις όγκοι του μαστού**:

Κύστεις Μαστού - (Κυστικοί όγκοι): Η κύστη μαστού είναι καλοήθης κυστικός όγκος και κάνει εμφάνιση συχνότερα στην δεκαετία πριν από την εμμηνόπαυση. Τα κλινικά ευρήματα ποικίλλουν. Με ψηλάφηση μπορεί να είναι ομαλή ή ανώμαλη, ανώδυνη ή επώδυνη, συμπιεσμένη ή ασυμπίεστη, κινητή, χωρίς συμφύσεις, πολλαπλή ή μονήρης, ετερόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη. Στις κύστες μαστού η διάγνωση τίθεται με την μαστογραφία και την κλινική εξέταση, αλλά επιβεβαιώνεται με την παρακέντηση και τους υπερήχους. Η παρακέντηση, στην περίπτωση των κύστεων, έχει διπλό χαρακτήρα, θεραπευτικό και διαγνωστικό. Το υγρό των κύστεων αποστέλλεται για εξέταση κυτταρολογική. Οι κύστεις μαστού δεν εξαιρούνται χειρουργικά, εκτός εάν διαπιστωθεί ενδοκυστική ανωμαλία, απόστημα, αιμάτωμα, γαλακτοκήλη, (Λινός, 2008).

Συμπαγείς όγκοι στον μαστό (Ινοαδένωμα): Το ινοαδένωμα είναι το τρίτο σε

συχνότητα νεόπλασμα του μαστού, μετά τον καρκίνο και την κυστική νόσο. Είναι όμως ο πιο συχνός όγκος σε ηλικία μικρότερη των 25 χρόνων. Είναι καλοήθης όγκος της νεαρής ηλικίας και προέρχεται από υπερπλασία, τόσο του επιθηλιακού όσο και του ινώδους στοιχείου του μαστού. Κλινικά κάνει την εμφάνιση του ως ογκίδιο κινητό, ομαλό, ανώδυνο, ασυμπίεστο και σκληρό. Μπορεί να είναι μονήρες ή πολλαπλό, με ετερόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη εντόπιση. Συχνά το αδένωμα παρουσιάζει τάση αύξησης του μεγέθους του και πολλές φορές κυκλική αυξομείωση, γεγονός που στηρίζει την άποψη ότι το ινοαδένωμα είναι εξαρτώμενο ορμονικά. Στις πολύ νέες γυναίκες, στις οποίες η πιθανότητα καρκίνου του μαστού είναι σχεδόν μηδενική, η θεραπεία είναι συντηρητική, ενώ στις μεγαλύτερες γυναίκες εφαρμόζεται χειρουργική εξαίρεση του ογκιδίου (Λινός, 2008).

Φυλλοειδές κυστεοσάρκωμα: Το φυλλοειδές κυστεοσάρκωμα μοιάζει με το ινοαδένωμα, προέρχεται όμως από τα κύτταρα του στρώματος και όχι από τον αδενικό ιστό του μαστού. Μεγαλώνει και καταλαμβάνει μεγάλο τμήμα του μαστού. Αν και είναι καλοήθης όγκος έχει την τάση να υποτροπιάζει τοπικά γι' αυτό και θα πρέπει να εξαιρείται με ευρεία χειρουργική εκτομή. Σπανίως μπορεί να επιδείξει κακοήθη συμπεριφορά και να δώσει απομακρυσμένες μεταστάσεις (Λινός, 2008).

Λίπωμα: Το λίπωμα είναι καλόηθες ογκίδιο του μαστού λιπώδους σύστασης. Κλινικά είναι ανώδυνο, κινητό, μαλακό και συνήθως μονήρες. Εντοπίζεται στον υποδόριο χώρο, ποικίλλει σε μέγεθος και δεν συμφύεται με το υπερκείμενο δέρμα (Φύσσας, 2006).

- ο **Μασταλγία (Πόνος στο Μαστό):** Η μασταλγία είναι ένα ενοχλητικό σύμπτωμα, το οποίο αποτελεί την κύρια αιτία προσέλευσης των γυναικών για εξέταση. Ο πόνος στο μαστό είναι πιθανό να οφείλεται σε αίτια ενδομαστικά ή εξωσωματικά. Έτσι, διαχωρίζεται σε μασταλγία ενδομαστικής αιτιολογίας, εξωμαστικής αιτιολογίας και μασταλγία από καρκινοφοβία (Λινός, 2008).
- ο **Ινοκυστική μαστοπάθεια ή κυστική νόσος:** Η κυστική νόσος ή ινοκυστική νόσος ή ινοκυστική μαστοπάθεια είναι καλοήθης κατάσταση αρκετά συχνή, κυρίως στην ηλικία των 25-50 χρόνων. Κύριο εύρημα είναι η ύπαρξη πολλαπλών μικρών κύστεων, ποικίλου μεγέθους, με σημαντική ίνωση στο χώρο γύρω από τους γαλακτοφόρους πόρους. Η συχνότητα των κύστεων αυξάνει με την πάροδο της ηλικίας και κάνει την εμφάνιση της περισσότερο στην δεκαετία

των 35-45 χρόνων. Η ινοκυστική μαστοπάθεια είναι νοσολογική οντότητα αγνώστου αιτιολογίας. Θεωρείται ότι οφείλεται σε ορμονική διαταραχή που προκαλείται από ωοθηκική δυσλειτουργία. Η κατάσταση αυτή κάνει την εμφάνιση της τουλάχιστον μια δεκαετία μετά την εμμηναρχή και η συχνότητά της αυξάνει με την πάροδο της ηλικίας, μέχρι την εμμηνόπαυση. Είναι γενικά αποδεκτό ότι η ινοκυστική μαστοπάθεια εμφανίζει ορμονοευαισθησία. Το κύριο σύμπτωμα της ινοκυστικής μαστοπάθειας είναι η μασταλγία, ενώ το κύριο κλινικό εύρημα η παρουσία πολλαπλών κινητών ομαλών οζιδίων, ποικίλου μεγέθους και στους δύο μαστούς. Πρόκειται περί μικρών κύστεων, οι οποίες έχουν την τάση να αυξάνουν κατά την χρονική περίοδο πριν την εμμηνορροσία και να υποχωρούν με την έναρξή της. Στην μαστογραφία παρατηρείται διάχυτη ινώδης υπερπλασία με μικροκυστικές αλλοιώσεις διάχυτες, συνήθως και στους δύο μαστούς. Στην ινοκυστική μαστοπάθεια, οι υπέρηχοι έχουν την ίδια διαγνωστική ικανότητα με την μαστογραφία, καθώς διευκολύνεται, η διαφορική διάγνωση μεταξύ κύστεων και συμπαγών όγκων. Μέχρι σήμερα πολλά έχουν γραφεί και συζητηθεί σε διεθνές επίπεδο για την πιθανή σχέση της κυστικής νόσου με τον καρκίνο του μαστού. Παρ' όλα αυτά, η σχέση αυτή παραμένει ακόμη αδιευκρίνιστη (Λινός, 2008).

3.5.1.2: ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο μαστός στη γυναίκα υπόκειται σε ποικιλία μορφολογικών και λειτουργικών μεταβολών, οι οποίες σχετίζονται με την εμμηνορροσία, την κύηση, την γαλουχία και την εμμηνόπαυση. Ο δυναμικός αυτός ρόλος του έχει ως αποτέλεσμα πλήθος δυσλειτουργιών και κλινικών εκδηλώσεων, που καθιστούν τα νοσήματα του μαστού συχνά κλινικά προβλήματα. Οι κακοήθεις παθήσεις του μαστού είναι εξής (Φύσας, 2006):

- Φλεγμονώδης καρκίνος του μαστού
- Διηθητικό λοβιακό καρκίνωμα
- Διάτρητο καρκίνωμα του μαστού
- Θηλοειδές καρκίνωμα στο μαστό
- Βλεννοπαράγωγο μαστικό καρκίνωμα
- Μυελώδες καρκίνωμα στο στήθος
- Σωληνώδες καρκίνωμα του μαστού

- Πορογενές διηθητικό καρκίνωμα
- Επί τόπου πορογενές καρκίνωμα (Ιωαννίδου, Μουζάκα, 2005)

Ο καρκίνος του μαστού, όπως και κάθε κακοήθης νεοπλασία, αποτελεί κυτταρική νόσο. Τα παθολογικά αυτά κύτταρα έχουν τη δυνατότητα διήθησης - διείσδυσης σε γειτονικούς ιστούς και επομένως είναι σε θέση να επεκταθούν και να προκαλέσουν σοβαρές βλαπτικές επιπτώσεις στη λειτουργία του οργανισμού. Φαίνεται πως η εμφάνιση της ασθένειας σε άρρενες, παρ' ότι σπανιότατη, δεν είναι άγνωστη. Όσον αφορά τις γυναίκες, ουσιαστικά όλες αντιμετωπίζουν τον κίνδυνο εμφάνισης της ασθένειας, όχι όμως στον ίδιο βαθμό (Φύσσας, 2006).

3.5.2: ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Μία στις 8 γυναίκες σε παγκόσμιο επίπεδο θα παρουσιάσει καρκίνο μαστού σε κάποια φάση της ζωής της. Το ποσοστό αυτό αυξάνει στην Ευρώπη όπου μία στις 11 γυναίκες θα νοσήσει από καρκίνο του μαστού κατά τη διάρκεια της ζωής της. Σχεδόν 9 στις 10 γυναίκες που εμφανίζουν καρκίνο του μαστού δεν έχουν οικογενειακό ιστορικό της νόσου (Φύσσας, 2006).

Κληρονομικότητα: το 5 -10 % των ασθενειών του καρκίνου του μαστού συνδέεται με κληρονομικούς παράγοντες (Netter, 2007). Η κληρονομικότητα φαίνεται να έχει ρόλο σε ποσοστό μικρότερο του 10% επί των ασθενειών, έχει αποδειχτεί όμως πως είναι ένας κύριος παράγοντας κινδύνου. Γυναίκες με συγγένεια εξ' αίματος, οι οποίες έχουν την συγκεκριμένη ασθένεια αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό. Το ποσοστό κινδύνου εμφανίζεται αντιστρόφως ανάλογο με την ηλικία εμφάνισης της νόσου. Επιπλέον, όσο περισσότερα τα κρούσματα, τόσο πιο μεγάλος και ο κίνδυνος για τα υπόλοιπα άτομα (Φύσσας, 2006).

Ηλικία: Η νόσος μπορεί να εμφανισθεί σε οποιαδήποτε ηλικία μετά την εφηβεία. Ωστόσο, εμφανίζεται συνήθως όσο μεγαλώνει μια γυναίκα. Τα περισσότερα κρούσματα ανήκουν σε γυναίκες άνω των 50 ετών και περισσότερα από τα μισά αφορούν γυναίκες άνω των 60 χρόνων (Φύσσας, 2006).

Ιδιαιτερότητες ή διαταραχές της κύησης και της εμμηνορρυσίας: Η διάρκεια της εμμήνου ρύσης είναι σημαντικό στοιχείο για την εμφάνιση του συγκεκριμένου τύπου καρκίνου. Γυναίκες με πρόωμη έναρξη της εμμηνορρυσίας ή που είχαν καθυστερημένη εμμηνόπαυση αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης

καρκίνου στο μαστό. Επιπρόσθετα, η λήψη οιστρογόνων μετά την εμμηνόπαυση έχει συνδεθεί με αυξημένα ποσοστά εμφάνισης της ασθένειας. Συμπερασματικά, γυναίκες με μη λειτουργικές ωοθήκες, οι οποίες δεν έκαναν λήψη οιστρογόνων, δεν αναπτύσσουν και καρκίνο του μαστού (Λινός, 2008).

Παχυσαρκία και αύξηση σωματικού βάρους: Η αύξηση του βάρους μετά την ηλικία των 20 χρόνων αυξάνει τον κίνδυνο παρουσίας της ασθένειας. Τεράστιο ρόλο διαδραματίζει και η ηλικία που προσλαμβάνονται τα κιλά (όσο πιο μεγάλη η ηλικία, τόσο πιο μεγάλος και ο κίνδυνος) (Λινός, 2008).

Αλκοόλ: Το αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου και αυτό σχετίζεται με τη λειτουργία των οιστρογόνων. Άτομα που έπιναν κάθε μέρα από την εφηβεία αντιμετωπίζουν πολλαπλάσιο κίνδυνο συγκριτικά με άτομα που δεν έπιναν καθόλου ή σπανίως. Ακόμη, πολλές γυναίκες που παραδέχτηκαν ότι έπιναν τακτικά, αργότερα τους παρουσιάστηκε η νόσος (Φύσσας, 2006).

Κάπνισμα: Σύμφωνα με στοιχεία πρόσφατων ερευνών από το «Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο 2011-2015» η κατανάλωση ενός πακέτου τσιγάρων την ημέρα, από γυναίκες προ της εμμηνόπαυσης και για εννέα περίπου έτη, αυξάνει δραστικά τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού κατά σχεδόν 60%. Για γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση το ποσοστό μειώνεται στο 50%. Η διακοπή του καπνίσματος έχει αποδειχτεί πως είναι σε θέση να ελαττώσει το σχετικό κίνδυνο (Λινός, 2008).

Προηγούμενος καρκίνος της μήτρας ή των ωοθηκών: Μεταλλάξεις γονιδίων, οι οποίες προκαλούν καρκίνο της μήτρας και των ωοθηκών, μπορούν να προκαλέσουν κακοήγη νεοπλασία και στο μαστό (Λινός, 2008).

Έκθεση στήθους σε ακτινοβολία: Η έκθεση του στήθους σε ιονίζουσα ακτινοβολία, αποτελεί παράγοντα αύξησης του κινδύνου εμφάνισης της ασθένειας μετά τα 20 έτη (Λινός, 2008).

Καθιστική ζωή: Η γυμναστική πριν να ξεκινήσει η εμμηνορρυσία πιθανό να ελαττώσει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού μιας γυναίκας, κυρίως διότι μπορεί να καθυστερήσει την αρχή της εμμηνορρυσίας, να μεγαλώσει η απόσταση μεταξύ των περιόδων ή να μειώσει ο αριθμός των εμμηνορρυσιακών κύκλων, ελαττώνοντας έτσι την έκθεση της γυναίκας στα οιστρογόνα (Netter, 2007).

- Άτυπη υπερπλασία ή άλλη προ-κακοήθης κατάσταση: Ορισμένες αλλοιώσεις στο στήθος είναι πιθανό να οδηγήσουν σε παθογόνα καρκινικά κύτταρα και καρκίνο στην υπόλοιπη περιοχή του μαστού (Netter, 2007).

- Μαστεκτομή: Οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή, εξαιτίας καρκίνου του μαστού παρουσιάζουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν καρκίνο και στον άλλο μαστό (Netter, 2007).
- Λήψη αντισυλληπτικών δισκίων: Τα πιο πολλά αντισυλληπτικά χάπια περιέχουν οιστρογόνα, τα οποία παίζουν ρόλο στην εμφάνιση καρκίνου του μαστού με ποικίλους τρόπους. Παρ' όλα αυτά, οι μελέτες που αφορούν στη συσχέτιση αντισυλληπτικών χαπιών και καρκίνου του μαστού δεν έχουν συμπεράνει κάποια ισχυρή αλληλεπίδραση: φαίνεται πως η χρήση των συγκεκριμένων χαπιών δεν αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης της ασθένειας (Λινός, 2008).

3.5.3: ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Οι περισσότεροι καρκίνοι του μαστού είναι χωρίς συμπτώματα στα πρώτα στάδια και αναπτύσσονται χωρίς να δίνουν κάποια προειδοποιητικά σημεία. Σε ποσοστό άνω του 80%, η ασθένεια κάνει την εμφάνιση της με την εντόπιση σκληρού ανώδυνου όζου ή μάζας στο μαστό, η οποία αποκαλύπτεται κατά την φυσική εξέταση από τον γιατρό ή κατά την αυτοεξέταση από την ίδια την ασθενή. Το ογκίδιο είναι μονήρες, ανώμαλο, στέρεο και ακίνητο (Netter, 2007).

Στο 50% των περιπτώσεων η μάζα εντοπίζεται στο άνω έξω τεταρτημόριο του μαστού. Από τη θηλή του πάσχοντος μαστού εμφανίζεται εκροή υγρού. Όταν το υγρό είναι αιματηρό, ορώδες ή καφέ χρώματος (στο 30-40% των περιπτώσεων), τότε είναι ύποπτο για κακοήθεια. Υγρό πράσινου ή γαλακτώδους χρώματος υποδηλώνει φλεγμονώδη ή ενδοκρινολογικής φύσεως αιτία. Όταν ο όγκος εισβάλλει στα λεμφικά αγγεία, παρεμποδίζεται η ροή της λέμφου, προκαλώντας οίδημα και εμφάνιση του δέρματος σαν «φλοιού πορτοκαλιού». Από τη λέμφο τα καρκινικά κύτταρα εισέρχονται στη κυκλοφορία του αίματος και διευκολύνονται οι απομακρυσμένες μεταστάσεις (Netter, 2007).

Ο πόνος δεν είναι συχνό σύμπτωμα αν και 20% περίπου των γυναικών μπορεί να αναφέρουν κάποια ενόχληση που να σχετίζεται με τον καρκίνο. Σπανίως, ο πόνος αποτελεί την πρώτη κλινική εκδήλωση, όπως ένας οξύς αναίτιος πόνος, ιδιαίτερα στις μετακλιμακτηριακές γυναίκες (Λινός, 2008).

Άλλες κλινικές εκδηλώσεις της νόσου είναι η εισολκή της θηλής, οι αλλαγές του δέρματος του μαστού, οι διογκωμένοι μασχαλιαίοι λεμφαδένες και το τοπικό άλγος

στο μαστό. Συχνά η ασθένεια κάνει την εμφάνιση της με συμπτώματα από τις μεταστάσεις του καρκίνου του μαστού. Επομένως, ανάλογα με τη θέση της μετάστασης στα επιμέρους όργανα προκύπτουν και τα αντίστοιχα συμπτώματα (Netter, 2007):

- Δύσπνοια, βήχας, εξαιτίας πνευμονικών μεταστάσεων
- Ίκτερος, εξαιτίας μετάστασης στο ήπαρ
- Οστικά άλγη και κατάγματα, λόγω των οστικών μεταστάσεων (Ιωαννίδου, Μουζάκα, 2005)

Αξίζει να σημειωθεί πόσο σημαντική είναι η ψηλάφηση και η επισκόπηση των μαστών, καθώς και η περιοχή της μασχάλης, στα πλαίσια του τακτικού αυτοελέγχου. Κάθε εισολκή, προβολή ή ασυμμετρία μαστού, καθώς και πρόσφατη εισολκή της θηλής πρέπει να λαμβάνονται υπόψη σοβαρά και να αξιολογούνται (Netter, 2007).

3.5.4: ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΚΟΗΘΕΙΑΣ ΜΑΣΤΟΥ

3.5.4.1: ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ

Η αυτοεξέταση είναι μια απλή και εύκολη διαδικασία, η οποία βοηθά κάθε γυναίκα να γνωρίσει πως είναι φυσιολογικά οι μαστοί της, έτσι ώστε να μπορεί να αντιληφθεί και την πιο μικρή αλλαγή. Η αυτοεξέταση καλό είναι να καθιερώνεται από τα νεαρά έτη. Ο καταλληλότερος χρόνος να γίνεται είναι κάθε μήνα λίγες ημέρες μετά την περίοδο, ιδανικά μεταξύ της 8ης και 14ης ημέρας του κύκλου (Netter, 2007).

Για την αυτοεξέταση μπορεί να επιλέξει κάθε γυναίκα οποιαδήποτε μέθοδο της φαίνεται ευκολότερη: την κυκλική κίνηση, την ακτινωτή κίνηση ή την οριζόντια. Πως πρέπει να γίνεται (Λινός, 2008):

- Μπροστά σε καθρέφτη: Αρχικά με τα χέρια κρεμασμένα χαλαρά στο πλάι, εν συνεχεία σηκώνονται τα χέρια πάνω από το κεφάλι και τέλος τοποθετούνται σφιχτά στη μέση. Γίνεται έρευνα για αλλαγές στο σχήμα, στο μέγεθος ή ασυμμετρία των μαστών, ρυτίδες, πάχυνση ή βαθουλώματα του δέρματος, εξογκώματα ή πρήξιμο στο μαστό ή στη μασχάλη που διαφέρουν από το αντίστοιχο σημείο της άλλης πλευράς, έκζεμα, ερεθισμό ή αλλαγή της θέσης της θηλής, ώστε είτε να είναι τραβηγμένη προς τα μέσα είτε να δείχνει σε διαφορετική κατεύθυνση και για σκουρόχρωμο έκκριμα από τη θηλή

- Στο μπάνιο ή στο ντους: Σηκώνεται το αριστερό χέρι και με τις άκρες των δακτύλων του δεξιού χεριού ενωμένες γίνεται εξέταση προσεκτικά και απαλά στο αριστερό στήθος με κυκλική φορά, αρχίζοντας από την περιφέρεια. Μετά από ένα ολοκληρωμένο κύκλο εν συνεχεία ένα εκατοστό πιο κάτω και ξαναγίνεται ο κύκλος, συνεχίζοντας έτσι μέχρι να βρεθεί η θηλή. Τέλος, ασκείται πίεση απαλά με το ένα δάκτυλο γύρω από τη θηλή και γίνεται παρακολούθηση αν βγαίνει σκουρόχρωμο υγρό. Γίνεται επανάληψη στο δεξί στήθος.
- Ξαπλωμένες: Έχοντας ένα μαξιλάρι κάτω από τον αριστερό ώμο, γίνεται τοποθέτηση του αριστερού χεριού πίσω από το κεφάλι. Με το δεξί χέρι γίνεται εξέταση του αριστερού στήθους με ομόκεντρες κυκλικές κινήσεις, όπως περιγράφεται ανωτέρω και γίνεται επανάληψη με το αριστερό χέρι στο δεξί στήθος. Επιπρόσθετα, γίνεται έλεγχος της περιοχής της μασχάλης (Ιωαννίδου, Μουζάκα, 2008).

3.5.4.2: ΑΝΗΣΥΧΗΤΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Σύμφωνα με ευρήματα ερευνών, υπάρχουν πολλοί παράγοντες κινδύνου που μπορεί να αυξήσουν τις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Στους παράγοντες κινδύνου που αυξάνουν τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού περιλαμβάνονται τα εξής (Netter, 2007):

- Έκκριμα από τη θηλή χωρίς άσκηση πίεσης, το οποίο είναι αιματηρό ή ορώδες.
- Αλλαγή στο χρώμα ή την υφή του δέρματος των μαστών – το δέρμα προσομοιάζει με φλοιό πορτοκαλιού.
- Αλλαγή στο χρώμα της θηλής ή της περιοχής γύρω από αυτήν.
- Οζίδιο στον μαστό το οποίο είναι σκληρό, έχει ανώμαλη μορφή δεν πονάει και δεν μετακινείται όταν πιέζεται με τα δάκτυλα.
- Η ασυνήθης αύξηση ή μείωση στο μέγεθος του ενός μαστού ή η αξιοσημείωτη διαφορά ιδιαίτερα εάν αυτό συμβαίνει στον ένα μαστό.
- Εισολκή της θηλής ή του δέρματος.
- Οίδημα κάτω από τους βραχίονες ή γύρω από τον τράχηλο ή την άνω περιοχή γύρω από τον θώρακα.
- Οίδημα του άνω άκρου ή πόνος ή ερυθρότητα του δέρματος.

ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ

Η ασθενής γυμνή από τη μέση και πάνω βρίσκεται μπροστά στον εξεταστή καθιστή ή όρθια. Εξετάζεται το μέγεθος, η συμμετρία και η περίμετρος των μαστών. Δυσαναλογία στο μέγεθος είναι συνήθως φυσιολογική, σε μερικές γυναίκες (ο αριστερός μαστός συνήθως είναι μεγαλύτερος του δεξιού) (Netter, 2007).

Το δέρμα του μαστού ελέγχεται με προσοχή για συρρίκνωση, οίδημα, πάχυνση και ερυθρότητα, καθώς μπορεί να παίρνει τη μορφή «φλοιού πορτοκαλιού». Με προσοχή εξετάζεται η περιοχή της θηλής και της άλω για το ενδεχόμενο εκζεμάτων, διαβρώσεων, εισολκής της θηλής, έκκρισης ή ρίκνωσης. Επί εισολκής της θηλής ελέγχεται η μονιμότητα, ο χρόνος καθώς και το ετερόπλευρο της εντόπισης της, επί εκκρίσεως δε εκ της θηλής ελέγχεται το είδος του εκκρίματος, το οποίο πιθανό να είναι ορώδες, οροαιματηρό, γαλακτώδες, αιματηρό (Netter, 2007). Για να ολοκληρωθεί η επισκόπηση ζητείται στην ασθενή (Λινός, 2008):

1. Να σηκώσει τα χέρια πάνω από το κεφάλι της, οπότε εάν ο όγκος έχει καθηλωθεί στο μείζονα θωρακικό μυ, ο μαστός παραμένει πιο ψηλά από τον φυσιολογικό.
2. Να κάνει επίκνωση, οπότε ο πάσχων μαστός δεν παρακολουθεί το φυσιολογικό που προκύπτει.
3. Να φέρει τα χέρια της στη μέση (οσφύ) και να τα πιέσει, οπότε αν υπάρχει καθήλωση του όγκου ο πάσχων μαστός ανέρχεται γρηγορότερα και ψηλότερα από τον φυσιολογικό.

ΨΗΛΑΦΗΣΗ

Με την ψηλάφηση γίνεται μελέτη των διαφόρων ανωμαλιών του μαστού, τη σύσταση του, διαπιστώνεται η ύπαρξη κάποιου όζου και καθορίζεται η φύση του. Η ασθενής τοποθετείται ύπτια στο εξεταστικό κρεβάτι. και γίνεται χρήση μαξιλαριού στην ωμοπλάτη, το οποίο διευκολύνει την εξέταση. Ο εξεταστής ρωτάει την ασθενή για την ύπαρξη όζου, καθώς και για τη θέση του και εν συνεχεία ξεκινά την ψηλάφηση από το φυσιολογικό μαστό. Με αυτόν τον τρόπο δημιουργεί μια εικόνα για τη φυσιολογική σύσταση των μαστών της ασθενούς, που μπορεί να χρησιμοποιήσει σαν στοιχείο σύγκρισης με το μαστό που νοσεί. Η ψηλάφηση γίνεται με τεντωμένα και επίπεδα τα δάχτυλα με την επιφάνεια της παλάμης και των δυο χεριών συνήθως, με

ήπιες κυκλικές κινήσεις ασκώντας ελαφρά πίεση προς το θωρακικό τοίχωμα (Netter, 2007).

Ο έλεγχος ξεκινά από το άνω έσω τεταρτημόριο κυκλικά και καταλήγει στο άνω έξω και την ουρά του στήθους. Τελειώνει με την ψηλάφηση της θηλής και του κεντρικού τμήματος του στήθους. Με την ψηλάφηση γίνεται έλεγχος της σύστασης του μαστού, της αύξησης της θερμοκρασίας, για ευαισθησία και τέλος, για εμφάνιση όζων, οι οποίοι αναλόγως τη σύστασή και την κινητικότητα τους διακρίνονται σε κακοήθεις ή καλοήθεις (Netter, 2007).

Για να διαπιστωθεί διήθηση του μείζονα θωρακικού μυός από τον όγκο, η ασθενής φέρνει το σύστοιχο της βλάβης άνω άκρο σε θέση μεσολαβής και ο εξεταστής μετακινεί τον όγκο κατά τον οριζόντιο και κάθετο άξονα. Για να διαπιστωθεί αν ο πρόσθιος οδοντωτός μυς διηθείται από όγκο που εντοπίζεται στο κάτω έξω τεταρτημόριο του στήθους, η ασθενής φέρνει το σύστοιχο άνω άκρο και πιέζει τον ώμο του εξεταστή και έτσι συσπάται ο μυς και υπάρχει περιορισμός στην κινητικότητα του όγκου. Η ψηλάφηση τελειώνει με την εξέταση της μασχαλιαίας περιοχής, των υποκλείδιων και υπερκλείδιων λεμφαδένων (Netter, 2007).

Για την εξέταση της δεξιάς μασχάλης, η ασθενής ακουμπάει το δεξιό μπράτσο της πάνω στο αριστερό μπράτσο του εξεταστή, το οποίο φέρεται στην κορυφή της μασχάλης με την παλάμη στραμμένη προς το θωρακικό τοίχωμα και τα δάχτυλα του χεριού τεντωμένα και κολλητά. Η ίδια διαδικασία αντίστροφα, ακολουθείται για την εξέταση της αριστερής μασχάλης. Λεμφαδένες 1-2, διαμέτρου μικρότερης των 5 χιλ., μη σταθεροί, ψηλαφιούνται συχνά και δεν χαρακτηρίζονται ως σημαντικοί. Αντιθέτως, λεμφαδένες σταθεροί ψηλαφητά, σκληροί, διαμέτρου μεγαλύτερης των 5 χιλ. φανερώνουν διήθηση (Netter, 2007).

3.5.4.3: ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΚΟΗΘΕΙΑΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

A) ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ

Οι περισσότεροι καρκίνοι του μαστού σε ασθενείς ασυμπτωματικούς ανακαλύπτονται με την μαστογραφία. Η μαστογραφία είναι ένα είδος ακτινογραφίας του μαστού, με την οποία επιτυγχάνεται η κλινική διάγνωση. Η πρώτη μαστογραφία, για καθαρά προληπτικούς λόγους, προτείνεται να γίνεται σε ηλικία 40 χρόνων και μετέπειτα, εφόσον δεν υπάρχει θέμα, κάθε 2-3 χρόνια έως τα 45 έτη. Μετά την ηλικία των 45 χρόνων πρέπει υποχρεωτικά να γίνεται μαστογραφικός έλεγχος ανά έτος. Η δόση

ακτινοβολίας της μαστογραφίας είναι ελάχιστη, παρολαυτά δεν επιτρέπεται να γίνεται καθαρά προληπτικά σε νεαρές γυναίκες κάτω των 35 χρόνων. Φυσικά, η μαστογραφία είναι υποχρεωτική εφόσον υπάρχουν ευρήματα στην ψηλάφηση ή άλλοι ειδικοί λόγοι (Χατζημπούγιας, 2003).

Το δέρμα του μαστού με τη μέθοδο αυτή δέχεται μικρή ακτινοβολία (0,1 rad/film). Η ποσότητα αυτή δεν θεωρείται σοβαρή για την πρόκληση βλαβών, ιδιαίτερα όταν γίνεται σε γυναίκες μεγάλης ηλικίας. Η μείωση της ακτινοβολίας δεν αλλοιώνει την αξία της διάγνωσης της συγκεκριμένης τεχνικής (Χατζημπούγιας, 2003).

Ευρήματα μαστογραφίας

Τα ευρήματα, σύμφωνα με την Ελληνική Εταιρία Μαστολογίας, στα οποία θα στηριχθεί η μαστογραφία για τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού είναι τα εξής (Netter, 2007):

- Η παρυφή του όζου: είναι ανώμαλη με ασαφή όρια. Σε μερικές μορφές καρκίνου (βλεννώδης, μυελοειδής), η παρυφή του όζου μπορεί να είναι περιγεγραμμένη, αλλά με ασαφή όρια.
- Το μέγεθος του όζου: οι διαστάσεις του όζου στη μαστογραφία είναι πιο μικρές από εκείνες, οι οποίες διαπιστώνονται κατά την ψηλάφηση.
- Η ανώμαλη φορά των εκφορητικών πόρων.
- Οι αποτιτανώσεις: οι αποτιτανώσεις οφείλονται σε εναποθέσεις αλάτων ασβεστίου σε νεκρωμένες περιοχές καρκινικών κυττάρων και παρατηρούνται στο 35% των περιπτώσεων του καρκίνου του μαστού.
- Τοπική συρρίκνωση του δέρματος
- Πάχυνση του δέρματος
- Αυξημένη αγγείωση
- Μεταβολές της θηλής.

Πλεονεκτήματα μαστογραφίας

Το κυριότερο όφελος της μαστογραφίας έχει να κάνει με τη διάγνωση του μη ψηλαφητού καρκίνου, στα περιστατικά που η βλάβη είναι ελάχιστη και δεν υπάρχει δυνατότητα ψηλάφησης και από τα εμπειρότερα χέρια και ακόμη πιο κύριας σημασίας, στα περιστατικά που η βλάβη βρίσκεται «εν τω γενάσθαι», *in situ*, – συνήθως υπό μορφή μικροαποτιτανώσεων / άλατα ασβεστίου – τότε που με

συγκεκριμένη θεραπεία, σταματά η εξέλιξή της και οδηγείται σε πλήρη θεραπεία (Netter, 2007).

Η ψευδώς αρνητική μαστογραφία

Ένα ποσοστό περίπου 8%-12% των καρκίνων δεν ανιχνεύονται στη μαστογραφία. Οι περιορισμοί αυτοί πιο συχνά συναντώνται σε γυναίκες με (Netter, 2007):

- πυκνούς (νεανικούς) μαστούς
- μετεγχειρητικές ουλές που είναι δύσκολο να ξεχωρίσουν από τοπική υποτροπή μετά από ογκεκτομή
- πολυεστιακή ανάπτυξη του όγκου (φλεγμονές)
- σε περιπτώσεις, που έχει προηγηθεί πλαστική, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις τοποθέτησης ενθεμάτων σιλικόνης

Ψηφιακή μαστογραφία

Η ψηφιακή μαστογραφία αναπτύχθηκε μέσα στα τελευταία 10 έτη, με την ανάπτυξη των ψηφιακών μέσων αποτύπωσης και σήμερα τείνει να αντικαταστήσει την αναλογική μαστογραφία, καθώς έχει πολλά θετικά σημεία που την καθιστούν πιο γρήγορη, πιο αξιόπιστη και πιο ασφαλή. Επιτρέπει επίσης, στην επιστημονική κοινότητα την πιο άμεση συνεργασία στη διάγνωση και την καλύτερη θεραπεία των διαφόρων μορφών καρκίνου του μαστού. Οι επιστήμονες χρειάστηκαν περίπου μισό αιώνα να αντιληφθούν τη σημασία της μαστογραφίας στην πρόληψη και διάγνωση του καρκίνου του μαστού (Netter, 2007).

Μαγνητική μαστογραφία

Η μαγνητική μαστογραφία είναι η πιο νέα απεικονιστική εξέταση για τη διάγνωση των παθήσεων του στήθους. Το κυριότερο πλεονέκτημα της μαγνητικής μαστογραφίας είναι η υψηλή ευαισθησία που διαθέτει στην ανίχνευση διηθητικού καρκινώματος σε γυναίκες με πυκνούς μαστούς, η οποία βρίσκεται στο 100%. Άλλα σημαντικά πλεονεκτήματα είναι η συμβολή της στη διάγνωση τοπικής υποτροπής ή νέας νόσου και η διάκριση αυτής από μετεγχειρητική ουλή και η σταδιοποίηση προεγχειρητικά σε ασθενείς με καρκίνο μαστού για τον αποκλεισμό πολυεστιακής ή πολυκεντρικής πάθησης. Σε ποσοστό 30-63% οι ύποπτες αλλοιώσεις του μαστού συνυπάρχουν με άλλες νεοπλασματικές εστίες. Συμπερασματικά λοιπόν, είναι πολύ κύριας σημασίας στη κλινική εφαρμογή η ακριβής προσέγγιση προεγχειρητικά της

έκτασης της νόσου, για να προγραμματίζεται συγκεκριμένη θεραπευτική αντιμετώπιση (ευρύτερη εκτομή ή τεταρτεκτομή) (Χατζημπούγιας, 2003).

Μειονεκτήματα και περιορισμοί της μαγνητικής τομογραφίας

Η μαγνητική μαστογραφία είναι η νεότερη απεικονιστική εξέταση για τη διάγνωση των ασθενειών του μαστού. Τα βασικότερα αρνητικά σημεία της μαγνητικής τομογραφίας είναι τα εξής (Netter, 2007):

- Τα κυριότερα αρνητικά σημεία της μαγνητικής μαστογραφίας είναι η χαμηλή ειδικότητα της εξέτασης, η οποία βρίσκεται σε ποσοστό 37%-97%, το υψηλό κόστος αυτής και η αδυναμία απεικόνισης των μικροαποτιτανώσεων, με τις οποίες παρουσιάζεται συχνά ο καρκίνος.
- Η μαγνητική μαστογραφία δεν πρέπει να χρησιμοποιείται σαν προληπτική εξέταση σε ασθενείς που δεν ανήκουν σε ομάδες υψηλής επικινδυνότητας, καθώς υπάρχει αυξημένος κίνδυνος ψεύτικων θετικών αποτελεσμάτων.
- Δεν αντιμετωπίζει κακοήθεια μαστογραφικής αλλοίωσης (ογκόμορφη εξεργασία ή ύποπτες μικροαποτιτανώσεις).
- Δεν πρέπει να χρησιμοποιείται στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, στη γαλουχία ή στη λήψη ορμονικής θεραπείας υποκατάστασης.

Β) ΥΠΕΡΗΧΟΣ ΜΑΣΤΟΥ

Είναι μια απεικονιστική εξέταση προσιτή, ακίνδυνη και γρήγορη (δε χρειάζεται ακτινοβολία). Τα μηχανήματα υπερήχων τελευταίας γενιάς διαθέτουν εξειδικευμένες κεφαλές για την εξέταση του μαστού και προσφέρουν ακριβή ενημέρωση σε τρισδιάστατο και τετραδιάστατο βαθμό, προσφέροντας πιο ακριβή διαγνωστική λεπτομέρεια. Χρησιμοποιείται μηχανήμα υπερήχων με ειδική κεφαλή για τον μαστό. Η γυναίκα τοποθετείται σε ύπτια θέση με το χέρι της πλευράς που εξετάζεται πίσω από το κεφάλι. Εν συνεχεία, επαλείφεται με τζέλ η επιφάνεια του δέρματος του μαστού. Αυτό βοηθά στην διαπερατότητα της υπερηχογραφικής δέσμης, ώστε να γίνεται αναπαραγωγή της εικόνας, η οποία φαίνεται στην οθόνη του μηχανήματος (Χατζημπούγιας, 2003).

Είναι ανώδυνη μέθοδος, η οποία εξετάζει την σύσταση των μαστών, την ύπαρξη αλλοιώσεων, τις μασχαλιαίες περιοχές, αναπαράγοντας αντιπροσωπευτικές εικόνες

σε πολλαπλά επίπεδα. Μπορεί να δείξει εάν ένα ογκίδιο στο μαστό είναι κυστικό ή συμπαγές, κακόηθες ή καλόηθες (Ιωαννίδου, Μουζάκα, 2008).

Προτείνεται σε γυναίκες κάτω των 30 ετών, καθώς αποτελεί την πιο σημαντική εξέταση για την ορθή διάγνωση τυχόν κλινικών ευρημάτων. Μετά τα 30 έτη το υπερηχογράφημα πραγματοποιείται κάθε φορά που χρειάζεται να διερευνηθεί ένα εύρημα που φάνηκε στη μαστογραφία ή στην κλινική εξέταση και πρέπει να γίνεται συμπληρωματικά της μαστογραφίας σε γυναίκες με πυκνούς μαστούς, για να εξαλειφθεί η πιθανότητα να διαφύγει κάποια κακοήθεια. Εφαρμόζεται σε όλες τις ηλικίες σε περιπτώσεις που χρειάζεται να γίνει παρακέντηση ή προεγχειρητική εντόπιση κάποιας αλλοίωσης με υπέρηχο (Χατζημούγιας, 2003).

Γ) ΞΗΡΟΓΡΑΦΙΑ

Είναι μια ακόμη σημαντική ακτινολογική εξέταση του μαστού όσον αφορά την επεξεργασία της εικόνας. Αντί για μαστογραφικό film γίνεται χρήση ειδικών πλακών αλουμινίου-σεληνίου. Από εκεί η εικόνα αποτυπώνεται σε κοινότυπες φωτογραφικές πλάκες. Γίνεται χρήση σε γυναίκες πάνω από 50 ετών (Χατζημούγιας, 2003).

Δ) ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Βοηθάει στην ανίχνευση καρκινικών κυττάρων, σε ύποπτο έκκριμα της θηλής του στήθους ή υγρού παρακέντησης μιας κυστικής βλάβης. Δεν είναι αξιόπιστη μέθοδος όμως, καθώς η συχνότητα των ψευδώς αρνητικών ευρημάτων είναι πολύ συχνό φαινόμενο (Χατζημούγιας, 2003).

Ε) ΒΙΟΨΙΑ ΜΑΣΤΟΥ

Σε κάθε περίπτωση ύποπτης ψηλαφητής μάζας επιβάλλεται να γίνει βιοψία του μαστού, η οποία γίνεται προεγχειρητικά με τοπική αναισθησία και ακολουθεί κυτταρολογική εξέταση του υλικού που λαμβάνεται. Η βιοψία, ανάλογα με το βαθμό επέμβασης που περιλαμβάνει διακρίνεται σε διάφορες υποκατηγορίες (Λινός, 2008):

- i. Αναρρόφηση με λεπτή βελόνα: γίνεται εισαγωγή μίας πολύ μικρής κοίλης βελόνας, η οποία λαμβάνει ένα μικρό κυτταρικό δείγμα από την ύποπτη περιοχή. Το δείγμα περνά από κυτταρολογική εξέταση και αξιολογείται (Netter, 2007).
- ii. Βιοψία με βελόνα: γίνεται μία μικρή τομή για να μπορέσει να εισαχθεί μία πιο μεγάλη βελόνα, ικανή να αφαιρέσει δείγμα ιστού από την ύποπτη περιοχή

(Netter, 2007).

- iii. Βιοψία διατομής ή διάνοιξης (incisional biopsy): η συγκεκριμένη βιοψία περιλαμβάνει τη διενέργεια μιας μικρής τομής και έχει σαν στόχο την αφαίρεση ενός μικρού τμήματος ιστού για εξέταση (Netter, 2007).
- iv. Βιοψία εκτομής (excisional biopsy): η βιοψία εκτομής αποσκοπεί στην αφαίρεση ολόκληρου του ύποπτου όγκου από το στήθος (Netter, 2007).

Η βιοψία είναι μέθοδος διαγνωστική και όχι θεραπευτική. Ο ιστός που έχει αφαιρεθεί μέσω της βιοψίας αναλύεται για να προσδιοριστεί ο τύπος και ο βαθμός της νόσου (Williams, Pang, 2009). Άλλες εξετάσεις που γίνονται για τη διαπίστωση του προχωρημένου κυρίως καρκίνου του μαστού και ανίχνευση ύπαρξης μεταστάσεων είναι οι ακόλουθες (Netter, 2007):

- Λεμφαγγειο-λεμφαδενογραφία των επιχωρίων λεμφαδένων: Βοηθά στην ανίχνευση των διηθημένων λεμφαδένων, οι οποίοι δεν είναι προσιτοί στην ψηλάφηση.
- Λεμφοσπινθηρογράφημα των έσω μαστικών λεμφαδένων: Με την βοήθεια ένεσης ραδιενεργού ουσίας, ανιχνεύεται σε ποσοστό πάνω από 80% των περιπτώσεων διήθηση των έσω μαστικών λεμφαδένων.
- Γενική αίματος, ασβέστιο αίματος, χοληστερίνη, αλκαλική φωσφατάση
- Υδροξυπρολίνη των ούρων: προέρχεται από τη διάσπαση, λόγω μεταστάσεων, του νεοσυντεθέντος κολλαγόνου. Η αύξηση της τιμής της υδροξυπρολίνης προηγείται ενίοτε κατά πολλούς μήνες της ακτινολογικής διάγνωσης των οστικών μεταστάσεων.
- Καλσιτονίνη πλάσματος: καλσιτονίνη μπορεί να παραχθεί στον καρκίνο του μαστού. Ο προσδιορισμός της στο πλάσμα του αίματος βοηθά στην ταξινόμηση του καρκίνου.
- Ακτινογραφία θώρακος και οστών: Για να φανεί μια οστική μετάσταση σε μια συνηθισμένη ακτινογραφία, θα πρέπει να έχει διηθηθεί το οστόν σε ποσοστό 50-70% της μάζας του. Οι οστικές μεταστάσεις διακρίνονται σε δύο τύπους: α) τις οστεολυτικές, οι οποίες καταστρέφουν την οστέινη ουσία και είναι πιθανό να προκαλέσουν αυτόματα κατάγματα και β) τις οστεοπλαστικές που συνδέονται από αντιδραστική υπερπλασία του οστού. Ο τελευταίος τύπος απαντά στο 5-10% των καρκίνων.

- Σπινθηρογράφημα οστών, ήπατος, εγκεφάλου: Με το σπινθηρογράφημα των οστών διαγιγνώσκονται οστικές μεταστάσεις σε ποσοστό 25% των γυναικών εκείνων που θα θεωρούνταν αλλιώς ότι πάσχουν από καρκίνο του μαστού σε αρχικό στάδιο. Χαρακτηριστικό εύρημα του σπινθηρογραφήματος των οστών είναι η αυξημένη πρόσληψη του ραδιοφαρμάκου κατά τόπους και μάλιστα όταν η εστία αυτή της αυξημένης πρόσληψης συμπίπτει με την εστία του πόνου και τα ακτινογραφικά ευρήματα (Χατζημπούγιας, 2003).

3.5.5: ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Τα στάδια μιας ασθενούς με καρκίνο του μαστού είναι η ταξινόμηση της νόσου της ανάλογα με το μέγεθος του πρωτοπαθούς όγκου (T), την προσβολή των σύστοιχων μασχαλιαίων λεμφαδένων (N) και την παρουσία ή όχι μεταστάσεων (M). Αυτό το σύστημα επιτρέπει να διεξαχθεί μια στατιστική πρόγνωση της πορείας της ασθενούς, αλλά και βοηθά, σε συνδυασμό με άλλους προγνωστικούς και προβλεπτικούς, βιολογικούς παράγοντες, στην επιλογή της πλέον κατάλληλης θεραπείας για τη συγκεκριμένη ασθενή (Netter, 2007).

Διακρίνονται λοιπόν τέσσερα στάδια (Φύσσας, 2006):

- Στο «**Στάδιο 0**» περιλαμβάνεται ο καρκίνος in situ που εντοπίζεται στο σημείο προέλευσής του, δεν έχει αρχίσει να διηθεί στους γύρω ιστούς και δεν έχει δυνατότητα μετάστασης.
- Στο «**Στάδιο I**» ο όγκος είναι μικρότερος από δύο εκατοστά και δεν υπάρχει ένδειξη διασποράς στους λεμφαδένες ή σε απομακρυσμένα σημεία.
- Στο «**Στάδιο II**» διακρίνεται: το «**Στάδιο II-A**» που περιλαμβάνει τις κατηγορίες T0N1M0 (δεν υπάρχει ένδειξη πρωτοπαθούς όγκου αλλά υπάρχει μετάσταση στους μασχαλιαίους λεμφαδένες), T1N1M0 (όγκος μικρότερος από 2 εκ. και θετικοί μασχαλιαίοι λεμφαδένες), T2N0M0 (όγκος μεγαλύτερος από 2 εκ. αλλά μικρότερος από 5 εκ. και χωρίς διασπορά στους λεμφαδένες) και το «**Στάδιο II-B**» που περιλαμβάνει τις κατηγορίες T2N1M0 (όγκος μεταξύ 2-5 εκ. και θετικοί λεμφαδένες) και T3N0M0 (όγκος μεγαλύτερος από 5 εκ. χωρίς λεμφαδενικές μεταστάσεις).
- Στο «**Στάδιο III**» διακρίνεται: το «**Στάδιο III-A**» που περιλαμβάνονται οι κατηγορίες T0N2M0, T1N2M0, T2N2M0 και T3N2M0 (καθορίζεται κυρίως

από όγκο μεγαλύτερο από 5 εκ. ή εκτεταμένη προσβολή σύστοιχων μασχαλιαίων λεμφαδένων που συμφύονται μεταξύ τους) και το «**Στάδιο III-B**» περιλαμβάνονται οι ασθενείς που παρουσιάζουν επέκταση του όγκου στο θωρακικό τοίχωμα ή διήθηση- εξέλκωση του δέρματος.

- Τέλος στο «**Στάδιο IV**» περιλαμβάνονται οι ασθενείς με όγκο οποιουδήποτε μεγέθους που παρουσιάζουν απομακρυσμένες μεταστάσεις.

3.5.6: ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο σκοπός της πρώιμης διάγνωσης είναι να μειωθεί η θνητότητα. Η πρώιμη ανίχνευση αποτελεί το κλειδί προς την κατεύθυνση αυτή. Η 5ετής επιβίωση είναι μικρότερη σε γυναίκες με προχωρημένο στάδιο καρκίνου. Αντίθετα, η 5ετής επιβίωση για τις γυναίκες με εντοπισμένο καρκίνο μαστού είναι 97%, ενώ μειώνεται στο 80% όταν η νόσος έχει εξαπλωθεί στους αδένες της περιοχής. Στον μεταστατικό καρκίνο η πενταετής επιβίωση μειώνεται στο 25% (Netter, 2007).

3.5.6.1: ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΙ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΜΑΣΤΟΥ

Οι καρκινικοί δείκτες αποτελούν ουσίες, οι οποίες βοηθούν στην έγκαιρη ανίχνευση και διαφορική διάγνωση και παρακολούθηση της εξάπλωσης νεοπλασιών, καθώς και στην αξιολόγηση της θεραπείας, η οποία ακολουθείται. Έτσι δίνεται η δυνατότητα ανίχνευσης υποτροπής της νόσου πριν να είναι πολύ αργά, καθώς και ο έλεγχος μεταστάσεων προτού ακόμα εμφανιστούν τα κλινικά συμπτώματα. Υπάρχουν δείκτες, οι οποίοι είναι ειδικοί για συγκεκριμένες μορφές καρκίνου, όπως ο καρκίνος των μαστών (Netter, 2007).

Οι δείκτες που χρησιμοποιούνται στον καρκίνο του μαστού είναι τα ογκοεξαρτώμενα γονίδια CA-15-3 (cancer antigen), CA 27.29 (cancer antigen), TPS (Tissue polypeptide specific antigen), CEA (καρκινοεμβρυικό αντιγόνο), CA-125 (cancer antigen), CASA (Cancer Associated Serum Antigen), MSA (Mammary Serum Antigen), CA 50 και CA 549 (καρκινικά αντιγόνα), το γονίδιο c-erb B-2 και κάποια ένζυμα, όπως ο ογκοσχετιζόμενος αναστολέας θρυψίνης- TATI (Tumor associated Trypsin Inhibitor) και η M2-PK ισομορφή M2 της πυρουβικής κινάσης. Από αυτούς οι σημαντικότεροι είναι οι CA 15-3, MCA, CA 27.29, TPS, CA 549, CASA και το γονίδιο c-erb B-2. CA-15-3. Το αντιγόνο αυτό είναι ένας ειδικός βιοχημικός ογκογονικός δείκτης του μαστού και βρίσκεται σε μεγάλη ποσότητα στον ορό

αίματος ανθρώπων, που νοσούν από τη συγκεκριμένη ασθένεια. Τα αυξημένα επίπεδα του CA-15-3 σχετίζονται με το μέγεθος του όγκου και δεν σχετίζονται με τους οιστρογονικούς υποδοχείς. Το ποσοστό ατόμων με αυξημένες τιμές ογκολογικών δεικτών μαστού είναι πιθανό να αυξηθεί πάνω από τα προαναφερθέντα ποσοστά, αν ταυτόχρονα με τον προσδιορισμό του CA-15-3 προσδιοριστούν ποσοτικά το CEA, το TPA (Tissue polypeptide antigen) και το CA-125 (ωοθηκών). Σε περιπτώσεις χειρουργικής αφαίρεσης του όγκου, το CA-15-3 ελαττώνεται και το ίδιο συμβαίνει σε περιπτώσεις πετυχημένης ραδιοθεραπείας ή χημειοθεραπείας, ενώ αντιθέτως σε επιδείνωση ή μετάσταση του όγκου το CA-15-3. Το CA-15-3 βρίσκεται αυξημένο λίγους μήνες πριν τη διάγνωση της νέας μετάστασης και γι' αυτό χρησιμοποιείται σαν προγνωστικός δείκτης στις συγκεκριμένες περιπτώσεις. Πέραν αυτών, το CA-15-3 μπορεί να βρεθεί αυξημένο και σε μικρό ποσοστό ασθενών με καλοήγη νοσήματα, όπως του μαστού (16%) και του ήπατος (2%) (Netter, 2007).

Συμπερασματικά, τα επίπεδα του CA-15-3 στον ορό αίματος ασθενών από καρκίνο του μαστού παρέχουν ένα δείκτη της κατάστασης της νόσου και δίνουν άμεσα πληροφορίες για τυχόν μετάσταση ή υποτροπή της νόσου, καθώς και τη δυνατότητα εκτίμησης της απόδοσης της θεραπευτικής αντιμετώπισης (Netter, 2007).

3.5.7: ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Σε κοινωνικό επίπεδο, η καλή συμβουλευτική των επαγγελματιών υγείας και η συνεχής ενημέρωση του κοινού μπορούν να οδηγήσουν στην πρόληψη της νόσου. Εκτός από τις πληθυσμιακές παρεμβάσεις, υπάρχουν συμπεριφορές που ο καθένας μπορεί να υιοθετήσει, προκειμένου να προστατεύσει τον εαυτό του και την υγεία του (Φύσσας, 2006):

- Αύξηση φυσικής άσκησης

Η φυσική δραστηριότητα σχετίζεται με τον καρκίνο του μαστού άμεσα, επηρεάζοντας τα επίπεδα των ορμονών και έμμεσα, συμβάλλοντας στον έλεγχο του σωματικού βάρους. Συνστήνεται η μέτρια φυσική δραστηριότητα (π.χ. έντονο περπάτημα, κηπουρική, ποδηλασία) για 45-60 λεπτά, τουλάχιστον 5 φορές την εβδομάδα, για να μειωθεί ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Η διαίτα θεωρείται μερικώς υπεύθυνη για το 30-40% όλων των καρκίνων, χωρίς να αποτελεί, όμως, από μόνη της την «αιτία» ή τη «θεραπεία» του καρκίνου. Αν και χρειάζεται περαιτέρω έρευνα πάνω στη σχέση της διαίτας και του καρκίνου του μαστού, τα

μέχρι τώρα ευρήματα δείχνουν ότι η συστηματική φυσική δραστηριότητα, η σωστή διατροφή και η διατήρηση ενός υγιούς σωματικού βάρους βοηθούν στη μείωση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού ή επανεμφάνισης του (Φύσσας, 2006).

- Σωστή διατροφή και διατήρηση υγιούς σωματικού βάρους

Από μελέτες προκύπτει ότι οι υπέρβαρες γυναίκες (και ιδιαίτερα αυτές που το επιπρόσθετο βάρος το απέκτησαν κατά την ενήλικη ζωή και όχι στην παιδική ηλικία) διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου, μετά την εμμηνόπαυση, συγκριτικά με αυτές που έχουν φυσιολογικό σωματικό βάρος. Η παχυσαρκία αυξάνει και τα ποσοστά μεταστατικών καρκίνων που είναι και πιο δύσκολα αντιμετωπίσιμοι. Ο λιπώδης ιστός παράγει μια μικρή ποσότητα οιστρογόνων που σχετίζονται με την εμφάνιση καρκίνου του μαστού. Επομένως, όσο μεγαλύτερο το ποσοστό λιπώδους ιστού στο σώμα, μετά την εμμηνόπαυση, τόσο πιο αυξημένα τα επίπεδα οιστρογόνων και τόσο μεγαλύτερη η πιθανότητα ανάπτυξης του νοσήματος (Φύσσας, 2006).

Με βάση τα παραπάνω δεδομένα πρέπει να τηρούνται τα ακόλουθα για την πρόληψη της εμφάνισης καρκίνου του μαστού (Φύσσας, 2006).

- Δίαιτα πλούσια σε τρόφιμα φυτικής προέλευσης.
- Αύξηση της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών (τουλάχιστον 5 μερίδες καθημερινά) και γενικότερα τροφίμων πλούσιων σε φυτικές ίνες (δημητριακών ολικής αλέσεως και οσπρίων), οι οποίες βοηθούν στην αποβολή των τοξικών ουσιών από το σώμα και τη μείωση των επιπέδων ορμονών που σχετίζονται με την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού .
- Δίαιτα χαμηλή σε λιπαρά, με έμφαση στην κατανάλωση ω-3 λιπαρών οξέων (που βρίσκονται στα ψάρια, το λιναρόσπορο και τα καρύδια), τη χρήση ελαιόλαδου στις σαλάτες και τις μαγειρικές παρασκευές και τη μείωση της κατανάλωσης κόκκινου κρέατος και των προϊόντων του (π.χ. αλλαντικών).
- Μέτρο στην κατανάλωση αλκοολούχων ποτών (μέχρι 1 μερίδα αλκοόλ την ημέρα, που ισοδυναμεί με 50ml ποτών, όπως το ουίσκι, η βότκα, το τζιν ή 120ml κρασιού ή 330ml μπίρας).
- Περιορισμός της κατανάλωσης επεξεργασμένων δημητριακών, αλεύρων και σακχάρων.
- Επαρκής πρόσληψη νερού.

- Διατήρηση του σωματικού βάρους σε φυσιολογικά όρια, με Δείκτη Μάζας Σώματος από 18,5 έως 25.
- Συστηματική φυσική δραστηριότητα.
- Θηλασμός
- Μελέτες έχουν δείξει πως οι γυναίκες που έχουν θηλάσει, στατιστικά εμφανίζουν λιγότερες πιθανότητες να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού συγκριτικά με όσες δεν έχουν θηλάσει. Αν και δεν έχει εξακριβωθεί ο προστατευτικός μηχανισμός του θηλασμού έναντι του καρκίνου του μαστού, εικάζεται πως αυτό συμβαίνει διότι κατά τη διάρκεια του θηλασμού οι γυναίκες δεν κάνουν ωορρηξίες τακτικά κι έτσι τα επίπεδα των οιστρογόνων παραμένουν χαμηλά.
- Αποφυγή υπερβολικής έκθεσης στον ήλιο. Ο ήλιος αυξάνει τα επίπεδα βιταμίνης D στον οργανισμό μας, αλλά η υπεριώδης ακτινοβολία του αποτελεί το κύριο αίτιο καρκίνου του δέρματος ή μελανώματος.
- Η αποφυγή της έκθεσης στον ήλιο είναι η καλύτερη πρόληψη.
- Υιοθέτηση ασφαλούς σεξουαλικής συμπεριφοράς
- Μείωση κατανάλωσης αλκοόλ
- Η κατανάλωση αλκοόλ ξεκάθαρα σχετίζεται με την εμφάνιση καρκίνου του μαστού. Ο κίνδυνος μεγαλώνει ανάλογα με την προσλαμβανόμενη ποσότητα. Γυναίκες που πίνουν 2-5 ποτά την ημέρα διατρέχουν 1 ½ φορά παραπάνω κίνδυνο εμφάνισης της νόσου σε σύγκριση με αυτές που δεν πίνουν αλκοολούχα ποτά.
- Ελάττωση καπνίσματος
- Το κάπνισμα είναι παγκοσμίως η κυριότερη αιτία καρκίνου που μπορεί να αποφύγει κανείς. Ο καπνός μπορεί να προκαλέσει καρκίνο και κυρίως όταν τον συνδυάζουμε με αλκοόλ. Έρευνες έχουν δείξει ότι το παθητικό κάπνισμα είναι, επίσης, πολύ επικίνδυνο. Ο καπνός είναι υπεύθυνος για το 90% των καρκίνων του πνεύμονα και παίζει ρόλο, επίσης, στους καρκίνους του στόματος, του φάρυγγα, του λάρυγγα, του οισοφάγου, του παγκρέατος, του τραχήλου, των νεφρών και της ουροδόχου κύστης.

Ειδικότερα, όσον αφορά τη συγκεκριμένη νόσο, εκτός από τις αλλαγές στη συμπεριφορά, ιδιαίτερα σημαντική είναι η έγκαιρη διάγνωσή του. Σύμφωνα με την ανακοίνωση της Αμερικανικής Αντικαρκινικής Οργάνωσης «American Cancer

Society», για την έγκαιρη πρόληψη και την γρήγορη διάγνωση πρέπει (Φύσσας, 2006):

- Οι γυναίκες άνω των 20 ετών να αυτοεξετάζονται μια φορά το μήνα.
- Να εξετάζουν το στήθος τους με τη βοήθεια γυναικολόγου ανά τρία χρόνια.
- Οι γυναίκες άνω των 40 ετών πρέπει να μαστογραφία ανά έτος. Γυναίκες με ψηλαφητό όγκο ή κληρονομικότητα πρέπει να κάνουν μαστογραφία σε πιο μικρή ηλικία. Είναι μια ανώδυνη εξέταση και η ακτινοβολία που δέχεται η γυναίκα είναι πολύ μικρή (Susan, 2010).

3.6: ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η θεραπευτική αντιμετώπιση έχει ως πρωτεύον σκοπό της την αφαίρεση της ορατής νόσου. Το πρώτο βήμα στην αντιμετώπιση της ασθένειας είναι συνήθως η εγχείρηση. Το είδος της εγχείρησης μπορεί να είναι (Φύσσας, 2006):

1. Ευρεία τοπική εκτομή – Ογκεκτομή - Τμηματεκτομή
2. Υποδόρια μαστεκτομή
3. Απλή μαστεκτομή
4. Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή
5. Ριζική μαστεκτομή (Halsted)
6. Βιοψία του συνοδού (φρουρού) λεμφαδένα (sentinel node)

Μετεγχειρητικά και βάση ορισμένων στοιχείων που θα προκύψουν κυρίως από την ιστολογική εξέταση είναι πιθανό εν συνεχεία να χρειαστεί ορμονοθεραπεία, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία. Τα στοιχεία που παίζουν ρόλο στην επιλογή της μετεγχειρητικής θεραπείας είναι τα εξής (Φύσσας, 2006):

- Το μέγεθος και η διαφοροποίηση του όγκου
- Η ύπαρξη ορμονικών υποδοχέων
- Το αποτέλεσμα της εξέτασης του Her2/neu
- Η ηλικία και η κατάσταση της υγείας γενικά
- Το ιστορικό εμμηνόπαυσης.

Η μετεγχειρητική θεραπεία περιλαμβάνει την α) ακτινοθεραπεία, β) την ορμονοθεραπεία και γ) τη χημειοθεραπεία. Έχει ως σκοπό την καταστροφή κακοήθων κυττάρων που ενδεχομένως έχουν μείνει στο σώμα μετά από την εγχείρηση και να αποτρέψει την επανεμφάνιση της ασθένειας (Φύσσας, 2006).

α) ακτινοθεραπεία

Χορηγείται ως συμπλήρωμα των «συντηρητικών» χειρουργικών επεμβάσεων, όπως η ογκεκτομή ή μερική μαστεκτομή, καθώς και σε κάποιες περιπτώσεις μετά από ριζική μαστεκτομή, όταν υπάρχουν συγκεκριμένοι λόγοι. Σε ορισμένες περιπτώσεις χορηγείται επιπλέον προεγχειρητικά με στόχο να μειώσει το μέγεθος ενός μεγάλου όγκου. Η ακτινοθεραπεία έχει ορισμένες πιθανές παρενέργειες, τις οποίες πρέπει να γνωρίζει μια γυναίκα και να συζητήσει με τον ακτινοθεραπευτή πριν ξεκινήσει τη θεραπεία. Οι συγκεκριμένες παρενέργειες περιορίζονται με την τεχνολογική πρόοδο (Φύσσας, 2006).

β) ορμονοθεραπεία

Εάν οι υποδοχείς των ορμονών είναι θετικοί μπορεί να γίνει χρήση ορμονοθεραπείας μόνη ή συνδυαστικά με χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία (Καραμούζης, 2002). Συνήθως γίνεται χορήγηση Tamoxifen, είναι :φάρμακο εκλογής σαν ανταγωνιστής των οιστρογόνων (ενώνεται με τους υποδοχείς των οιστρογόνων και έτσι παρεμποδίζει τη δράση τους) (Ganz, et al., 2002). Η διάρκεια της θεραπείας πρέπει να είναι μέχρι 5 έτη. Επιπλέον, γίνεται χρήση φαρμάκων που ονομάζονται αναστολείς της αρωματάσης, είτε στη θέση του Tamoxifen ή διαδοχικά. Η ορμονοθεραπεία χορηγείται συνήθως δια στόματος και έχει λιγότερες παρενέργειες από τη χημειοθεραπεία (Φύσσας, 2006).

γ) χημειοθεραπεία

Η χημειοθεραπεία καταστρέφει κύτταρα που έχουν μεταναστεύσει από τον αρχικό όγκο. Χορηγείται συνήθως σε ενδοφλέβια μορφή σε κύκλους και η χορήγησή της δεν απαιτεί εισαγωγή σε νοσοκομειακή μονάδα. Σε κάποιες περιπτώσεις η χημειοθεραπεία χορηγείται και προεγχειρητικά και ονομάζεται εισαγωγική χημειοθεραπεία (Τσεκούρας, 2013).

Υπάρχουν πολλά χρήσιμα φάρμακα στη θεραπεία του καρκίνου του μαστού και χορηγούνται συνήθως σε συνδυασμούς 2 ή 3 φαρμάκων (Susan, 2010). Τα χημειοθεραπευτικά σχήματα είναι: Cyclophosphamide, Methotrexate, 5 Fluorouracil Cyclophosphamide, 5-Fluorouracil, Adriamycin (Susan, 2010). Η χημειοθεραπεία έχει αρκετές παρενέργειες κυρίως από το αίμα, τα μαλλιά και το γαστρεντερικό σωλήνα (Τσεκούρας, 2013).

3.7: ΕΚΤΙΜΗΣΗ – ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Κατά την έλευση της ασθενούς στο νοσοκομείο γίνεται από το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό του νοσοκομείου μια πρώτη εκτίμηση της κατάστασης της ασθενούς και μια αξιολόγηση των αναγκών της (Φύσσας, 2006). Κάθε ασθενής έχει διαφορετικές ανάγκες και χρειάζεται διαφορετική μεταχείριση. Μια ασθενής με διαγνωσμένο καρκίνο του μαστού είναι σίγουρο πως θα έχει μια ψυχολογική κατάπτωση λόγω της κατάστασής της, καθώς η είδηση της ασθένειας «έπεσε σαν κεραυνός εν αιθρία». Σίγουρα θα έχει πολλές απορίες πάνω στο πρόβλημα της υγείας της, καθώς είναι πιθανό να μην γνωρίζει πολλά πράγματα για τη συγκεκριμένη ασθένεια, ίσως γιατί οι άνθρωποι θεωρούμε ότι δεν πρόκειται να συμβεί ποτέ σε εμάς. Επίσης, οι γνώσεις της πάνω στις θεραπείες που θα ακολουθηθούν μπορεί να είναι περιορισμένες. Για τον λόγο αυτό οφείλουν ιατροί και νοσηλευτές να είναι κοντά της και να την ενημερώνουν για ό,τι χρειαστεί. Ο νοσηλευτής πρέπει να την ενθαρρύνει να του αποκαλύπτει τους φόβους της για να μπορεί να την βοηθήσει είτε ο ίδιος είτε κάποιος ψυχολόγος. Ο φόβος της ασθενούς για το επικείμενο χειρουργείο μπορεί να είναι μεγάλος, καθώς η μαστεκτομή από μόνη της φαντάζει τρομαχτική. Η ίδια μπορεί να αισθάνεται ότι ήρθε το τέλος του κόσμου, γι' αυτό πρέπει να έχει ανθρώπους δίπλα της που θα την στηρίξουν και θα την βοηθήσουν. Σημαντικό ακόμη, είναι οι δικόι της άνθρωποι να ενημερωθούν για την ασθένεια και την έκβασή της για να μπορούν να την βοηθήσουν. Το άγχος και η ανησυχία της για τη θεραπεία και της παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής είναι δικαιολογημένο και πρέπει να είναι ενήμερη για αυτά. Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να αποκτήσει ένα δέσιμο με την ασθενή και να της δείχνει ότι την νοιάζεται πραγματικά και κατανοεί τις ανάγκες και τους φόβους της (Φύσσας, 2006).

3.7.1: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η εκπαιδευτική διαδικασία της ασθενούς στο νοσοκομείο είναι από τα σημεία όπου οι νοσηλευτές έχουν κύριο ρόλο. Από αυτούς απαιτείται δημιουργία κατάλληλης ατμόσφαιρας, άνεσης, ζεστασιάς, ειλικρινούς επαφής. Ανεξάρτητα με αυτό στόχος του/της νοσηλευτή/νοσηλεύτριας είναι η δημιουργία κλίματος, τέτοιου ώστε η ασθενής να πάρει δύναμη για να δώσει τον αγώνα της με τον καρκίνο. Καλό θα ήταν μια ξενάγηση στο χώρο, μια ενημέρωση για τις εξετάσεις και την εξέλιξη της

ασθένειας. Ο νοσηλευτής εδώ βέβαια δρα συμπληρωματικά, καθώς η ενημέρωση για την πορεία της νόσου γίνεται από τον θεράποντα γιατρό (Φύσσας, 2006).

3.7.2: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Το νοσηλευτικό προσωπικό μετά την άφιξη της ασθενούς στο νοσοκομείο ή στο κέντρο υγείας και πριν υποβληθεί σε μαστεκτομή (Φύσσας, 2006):

- ✓ θα καταγράψει το ιστορικό της υγείας της και πιθανά άλλα προβλήματα υγείας που μπορεί να συνδέονται ή όχι με τον καρκίνο του μαστού
- ✓ θα καταγράψει αν υπάρχει κάποια άλλη γυναίκα στην οικογένειά της που έχει παρουσιάσει καρκίνο του μαστού, θα μάθει για τυχόν πρόσληψη φαρμάκων (λήψη οιστρογόνων), θα εκτιμήσει τις γνώσεις της πάνω στη νόσο, από την οποία έχει προσβληθεί, τις γνώσεις για αυτοεξέταση, τις εξετάσεις και την θεραπεία που θα ακολουθήσουν
- ✓ θα εκτιμήσει την φυσική της κατάσταση, αν είναι παχύσαρκη, αν κάνει καθιστική ζωή, αν γυμνάζεται, αν καπνίζει ή καταναλώνει αλκοόλ
- ✓ θα ενημερώνει την ασθενή για τις αποφάσεις που πάρθηκαν σχετικά με την θεραπεία και για τις ανεπιθύμητες παρενέργειες
- ✓ θα εκτιμήσει την ψυχολογική της ετοιμότητα και τον φόβο για το χειρουργείο
- ✓ θα ενθαρρύνει την ασθενή σε όλη την διάρκεια της παραμονής της στο νοσοκομείο

3.7.3: ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού γίνεται μέσω χημειοθεραπείας ή σε συνδυασμό με χειρουργική θεραπεία ή/και ακτινοθεραπεία (Τσεκούρας, 2013).

- ✓ Πληροφόρηση για την σημαντικότητα της θεραπείας, για τη φαρμακευτική αγωγή, τις παρενέργειες τους, για την διάρκεια χημειοθεραπείας, καθώς και για την επανάληψη αυτής.
- ✓ Πληροφόρηση για την εισαγωγή νοσούντων ασθενών σε κλινικές μελέτες.
- ✓ Υποστήριξη των συγγενών και των ασθενών με συνεχή επαφή και επικοινωνία για καθημερινά θέματα.
- ✓ Ενημέρωση για την προεγχειρητική - διεγχειρητική και μετεγχειρητική διαδικασία, έτσι ώστε ο ασθενής να έχει ανεβασμένο ηθικό και να προληφθούν μετεγχειρητικές επιπλοκές.

- ✓ Εκπαίδευση του ασθενούς, ώστε να αναγνωρίζει και να αξιολογεί διάφορα συμπτώματα π.χ. τάση προς έμετο, δυσκολία κίνησης κάποιου μέλους του σώματος.
- ✓ Εκπαίδευση για χρήση καθετήρων και παροχετεύσεων.
- ✓ Τη σημασία της σωστής θέσης του ασθενούς στο κρεβάτι κατά την διάρκεια της ακτινοθεραπείας.
- ✓ Το σχεδιασμένο σημείο στο δέρμα του με μελάνι (είναι κύριας σημασίας να μη σβηστούν τα σημάδια κατά τη Rx).

Δυστυχώς στην Ελλάδα, η παραπάνω εκπαιδευτική δραστηριότητα των νοσηλευτών είναι περιορισμένη. Πολλές καταστάσεις οδηγούν στην εμφάνιση αυτού του φαινομένου και κυρίως η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού, σε όλες τις δομές της υγείας. Το ελληνικό σύστημα υγείας φαίνεται πως δεν έχει δώσει ακόμη την απαραίτητη έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα, τμήμα της οποίας αποτελεί και η υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού. Σε διεθνές επίπεδο υπάρχουν πολλές κοινοτικές δομές περίθαλψης, πρόληψης αλλά και αποκατάστασης, ώστε να προκύπτουν λιγότερες ανάγκες σε νοσοκομειακές κλίνες (Φύσσας, 2006).

Ο ρόλος του νοσηλευτή φαίνεται τόσο από τον ορισμό όσο και από τη φύση της εργασίας του. Σε διεθνές επίπεδο συναντάται σε κάθε τομέα της νοσηλευτικής δραστηριότητας: σε πολυάριθμες μονάδες πρόληψης και πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην κοινότητα, στο χώρο του νοσοκομείου, αλλά σε μικρότερο βαθμό, και στην κατ' οίκον νοσηλεία, τόσο σε θέμα πρόληψης όσο και σε θεραπεία και αποκατάσταση (Τσεκούρας, 2013).

3.7.4: ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΩΝ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Για να μπορέσει το νοσηλευτικό προσωπικό να παρέχει την κατάλληλη βοήθεια στην ασθενή, είναι επιτακτική ανάγκη να επιδείξει διάφορες πρακτικές μεθόδους. Η ανάπτυξη ικανοτήτων αποτελεί την εκπαιδευτική μέθοδο, η οποία περιλαμβάνει τρία κύρια στάδια. Στο πρώτο στάδιο παρέχονται οι απαραίτητες επεξηγήσεις για την αναγκαιότητα της συγκεκριμένης τεχνικής και οδηγίες για τη χρήση της. Στο δεύτερο στάδιο επιδεικνύεται και εκτελείται η τεχνική και στο τρίτο και τελευταίο στάδιο παρέχεται η δυνατότητα να εφαρμοστεί η τεχνική (Τσεκούρας, 2013).

3.7.5: Ο ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Η σχεδίαση και η ολοκλήρωση ενός προγράμματος αγωγής υγείας είναι τεράστιας σημασίας, καθώς συμβάλει στην πρόληψη σε όλους τους τομείς, η οποία αποτελεί τον πρωταρχικό σκοπό της κοινοτικής νοσηλευτικής. Η κοινοτική νοσηλευτική είναι ο κλάδος της νοσηλευτικής, που έχει σαν σκοπό την αντιμετώπιση αναγκών υγείας των ατόμων, οικογενειών, κοινοτήτων και ομάδων στο φυσικό τους περιβάλλον. Επικεντρώνεται στην πρόληψη και στην παρέμβαση σε πρωτογενές, δευτερογενές και τριτογενές επίπεδο (Γιωτάκη, 2010).

Η πρωτογενής πρόληψη έχει ως στόχο την παρέμβαση που πραγματοποιείται πριν αρχίσουν οι παθολογικές διεργασίες σε έναν πληθυσμό υψηλού κινδύνου, μεγαλύτερης ή μικρότερης επιρρέπειας. Η δευτερογενής πρόληψη έχει να κάνει με την έγκαιρη διάγνωση της ασθένειας και στην πιο αποτελεσματική αντιμετώπισή της. Η ενημέρωση για τον προληπτικό έλεγχο που γίνεται συνήθως σε Κέντρα Υγείας, περιλαμβάνεται στη δευτερογενή πρόληψη. Η εκπαίδευση του ασθενή στο νοσοκομείο, όπως επιπλέον και κατά τη νοσηλεία κατ'οίκον έχει ως σκοπό την πρόληψη τυχόν επιδείνωσης της ασθένειας (Γιωτάκη, 2010).

Η τριτογενής πρόληψη έχει να κάνει με το στάδιο της αποκατάστασης και αποτελεί το σκοπό των νοσηλευτών αποκατάστασης για τα συστήματα υγείας που διαθέτουν για τον συγκεκριμένο νοσηλευτικό κλάδο, που αναλαμβάνει την αποθεραπεία του αρρώστου (Γιωτάκη, 2010).

Ο σχεδιασμός ενός εκπαιδευτικού προγράμματος στην κοινότητα έχει να κάνει με την περιγραφή και ανάλυση του πληθυσμού, την επισήμανση των αναγκών του, την αποτίμηση των πόρων, τον καθορισμό των στόχων, τη σχεδίαση της μεθοδολογίας και την αξιολόγηση. Στην αξιολόγηση του αποτελέσματος ενός προγράμματος, ο κύριος στόχος είναι η μέτρηση της μείωσης του προβλήματος, η βελτίωση της υγείας και η μέτρηση του βαθμού επίτευξης των άμεσων και δευτερευόντων στόχων. Η αξιολόγηση αυτής της διαδικασίας, όσο και των αποτελεσμάτων, μπορεί να πραγματοποιηθεί (Γιωτάκη, 2010):

- ☞ Από τους ίδιους τους εκπαιδευτές υγείας (αυτό- αξιολόγηση).
- ☞ Από ειδικευμένους επιστήμονες στο αντικείμενο του προγράμματος (αξιολόγηση ειδικών).

ς Από τον ίδιο τον πληθυσμό (γνώμη και αντιδράσεις) που απευθύνεται το πρόγραμμα (αξιολόγηση πληθυσμού).

Ένα πρόγραμμα αγωγής υγείας μπορεί να οργανώνεται εξολοκλήρου από νοσηλευτές ή οι νοσηλευτές να αποτελούν μέρος της ομάδας υγείας. Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχει πλήθος τέτοιων προγραμμάτων που πραγματοποιήθηκαν με στόχο την εκπαίδευση αναπτυσσόμενων πληθυσμών, αλλά και αναπτυγμένους με θεματολογία που αφορά συνήθως τη διατροφή, την οδοντική υγεία, την κατάχρηση ουσιών και το κάπνισμα (Γιωτάκη, 2010).

Εμπόδια στην εφαρμογή μιας δραστηριότητας αγωγής υγείας μπορούν να εμφανιστούν από εξωγενείς παράγοντες, όπως είναι η έλλειψη συνεργασίας με τη διοίκηση, έλλειψη μέσων για τη διδασκαλία, έλλειψη προσωπικού, συγκρούσεις με άλλες ειδικότητες. Η ανεπαρκής εκπαιδευτική κατάρτιση και η έλλειψη διδακτικών ικανοτήτων αποτελεί ένα πρόβλημα που θα οδηγήσει σε ένα μη αποτελεσματικό πρόγραμμα (Γιωτάκη, 2010).

Επίσης, μπορεί να εμφανιστούν εμπόδια που σχετίζονται με καταστάσεις που αφορούν στους εκπαιδευόμενους, όπως είναι η ηλικία, η μη συμμόρφωση και η βαριά αρρώστια. Οι πληροφορίες θα πρέπει να μεταβιβάζονται με ρυθμό ανάλογο με την ηλικία και τις όποιες άλλες δραστηριότητες. Στα παιδιά, μία τέτοια παρέμβαση είναι απαραίτητο να χαρακτηρίζεται από ευελιξία, ποικιλία και δημιουργικότητα (Γιωτάκη, 2010).

3.7.6: ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Η εισαγωγή στο νοσοκομείο είναι ένα αγχωτικό γεγονός, για τους ασθενείς και προκαλεί αρνητικά συναισθήματα. Στο περιβάλλον του νοσοκομείου το άτομο και αισθάνεται άγχος κάτω από την πληθώρα των καινούριων πληροφοριών και εμπειριών. Παρά το γεγονός ότι δεκάδες ερωτηματικά τον προβληματίζουν, η σωματική και ψυχολογική του κατάσταση καθιστούν δύσκολη την αφομοίωση των πληροφοριών. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας δεν είναι η καταλληλότερη στιγμή για εκπαιδευτικά προγράμματα, εξαιτίας της έντασης που προκαλεί η εισαγωγή στο νοσοκομείο και της συναισθηματικής φόρτισης (Γιωτάκη, 2010).

Από την άλλη πλευρά, η έλλειψη προσωπικού δεν πρέπει να περνάει απαρατήρητη, καθώς οι φροντιστές υγείας δεν έχουν τον χρόνο για συμβούλευση των ασθενών κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Σε συστήματα υγείας, με αναπτυγμένες περιφερικές κοινοτικές δομές παροχής νοσηλείας, οι νοσηλευτές πιθανό να μη δώσουν μεγάλη σημασία στην ενδονοσοκομειακή εκπαίδευση του ασθενή, εφόσον ο άρρωστος πρόκειται να εκπαιδευτεί από ειδικούς νοσηλευτές στην κοινότητα (Γιωτάκη, 2010). Ακόμα και αν ο ασθενής, δεν είναι σε θέση ακόμη να εκπαιδευτεί, νιώθει πως την έχει αυτήν την ανάγκη. Ο Smith και οι συνεργάτες του διερεύνησαν σε ένα δείγμα ασθενών τις απορίες τους, για τις οποίες θα ήθελαν ενημέρωση πριν την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Κατέληξαν σε 40 θεματικές ενότητες, μερικές εκ των οποίων είναι τα φάρμακα, οι επιπλοκές, τα συμπτώματα, η διατροφή, με τους ηλικιωμένους και συνταξιούχους να θέλουν πιο πολλές πληροφορίες από ότι οι νεότεροι και οι εργαζόμενοι (Γιωτάκη, 2010).

Η επάρκεια και η ποιότητα της εκπαίδευσης των ασθενών πριν από την έξοδό τους από το νοσοκομείο, έχει εμφανίσει θετική συσχέτιση με την καλύτερη διαχείριση του τραύματος σε χειρουργημένους ασθενείς και με λιγότερες επισκέψεις σε περιφερικές δομές υγείας (Γιωτάκη, 2010).

3.7.7: ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

Η εκπαίδευση των ασθενών και κυρίως αυτών με χρόνια νοσήματα αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της σωστής θεραπευτικής αντιμετώπισης. Η αποδοχή, από τον ασθενή, των αλλαγών που απαιτούνται στον τρόπο ζωής του είναι ευκολότερη, εφόσον εκείνος έχει κατανοήσει τη φύση της νόσου, τη σοβαρότητα της κατάστασής του και του ρόλου που διαδραματίζει η σωστή συνεργασία με τους λειτουργούς υγείας. Η κατ' οίκον εκπαίδευση των ασθενών με χρόνια νοσήματα στο φυσικό τους χώρο, χωρίς τις εντάσεις που έχει ο χώρος του νοσοκομείου, φαίνεται πως προσφέρει πολλά στην ποιότητα ζωής του ατόμου και στη μείωση των πολλών εισαγωγών του στο νοσοκομείο (Netter, 2007).

Η κατανόηση και συμμόρφωση με τις οδηγίες του ιατρού αποτελεί δείκτη επιτυχούς εκπαίδευσης. Αρκετές φορές η προφορική επικοινωνία του ασθενούς με τον ιατρό του είναι μη αποτελεσματική, εξαιτίας της χρήσης ιατρικής ορολογίας από πλευράς γιατρού, της βιασύνης του να εξετάσει όλους τους ασθενείς, και η έλλειψη ικανοτήτων επικοινωνίας. Οι μισοί σχεδόν ασθενείς φεύγουν από τον ιατρό τους

απογοητευμένοι με την αίσθηση ότι δεν έχουν κατανοήσει όλα όσα τους είπε, οπότε και εύκολα τα ξεχνούν. Το γεγονός αυτό καθιστά απαραίτητη την παρέμβαση του νοσηλευτή, ο οποίος σχεδιάζει το πρόγραμμα εκπαίδευσης ανάλογα με την πάθηση και την αξιολόγηση του ασθενούς και της οικογένειάς του (Netter, 2007).

Η εκπαίδευση στο σπίτι του αρρώστου, παράλληλα με την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας, αποτελούν στην ουσία το περιεχόμενο της νοσηλείας κατ'οίκον. Ο νοσηλευτής, αναλαμβάνοντας προσωπικώς τον άρρωστο, λαμβάνει ανατροφοδότηση και ηθική πλήρωση παρακολουθώντας τη βελτίωση της υγείας και της ποιότητας ζωής του, αξιολογώντας παράλληλα και την αποτελεσματικότητα του δικού του έργου (Γιωτάκη, 2010).

3.7.8: ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΠΑΣΧΕΙ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η νόσος του καρκίνου του μαστού αποτελεί μια επώδυνη διαδικασία για τη γυναίκα, επηρεάζοντας σε πολύ μεγάλο βαθμό τον ψυχισμό της. Η κατάσταση αυτή μερικές φορές της προκαλεί ανασφάλεια. Κατά τη διάρκεια της αποθεραπείας, η γυναίκα πρέπει να οργανώσει ξανά τη ζωή της και να αναδομήσει τις κοινωνικές της σχέσεις. Η μεγάλη χρονική διάρκεια της ασθένειας, από την εμφάνιση και διάγνωση του μέχρι και την αποθεραπεία του, κάνει τη γυναίκα να βιώσει πολλά, διαφορετικά και κατά κύριο λόγο αρνητικά συναισθήματα, όπως φόβος, αβεβαιότητα, ανασφάλεια, θλίψη, πόνος. Το ίδιο, αλλά σε μικρότερο βέβαια βαθμό, ισχύει και για τους πολύ κοντινούς ανθρώπους που ζούνε τη νόσο από πολύ κοντά (Γιωτάκη, 2010).

Σε πρώτη φάση, η γυναίκα αρχίζει να συνειδητοποιεί κάποια συμπτώματα που ίσως να αποτελούν ενδείξεις της νόσου. Οι αντιδράσεις της καθεμιάς μπορεί να κυμαίνονται από την πλήρη ενεργοποίηση και αναζήτηση ιατρικής βοήθειας, ως την πλήρη απώθηση και άρνηση της κατάστασης της και αποφυγή ανάληψης οποιασδήποτε δράσης. Ο τρόπος που θα αντιδράσει η γυναίκα σε αυτή τη φάση, θα επηρεάσει και την οργανική της κατάσταση αλλά και την μετέπειτα προσαρμογή της στην παρουσία της πάθησης (Γιωτάκη, 2010).

Η διαγνωστική φάση αποτελεί την πιο δύσκολη και πιο σημαντική στιγμή στην εξέλιξη της νόσου. Αποτελεί μια τραυματική εμπειρία για την ίδια. Οι έντονα συναισθηματικές της αντιδράσεις μπορούν να θεωρούνται δικαιολογημένες. Η χρόνια

φάση, που καλύπτει και το μεγαλύτερο κομμάτι χρονικά, απαιτεί πολλές προσπάθειες προσαρμογής εκ μέρους της γυναίκας αλλά και της οικογένειας της, αφού απαιτείται να γίνει η πάθηση αυτή κομμάτι της ζωής της. Αυτό φυσικά δεν είναι κάτι εύκολο για την ίδια. Φαίνεται πως όσες γυναίκες εγκαταλείπουν κάθε προσπάθεια και έχουν την αίσθηση αδυναμίας και απόγνωσης, ενώ παράλληλα έχουν μόνο αρνητικές προσδοκίες, οδηγούνται όχι μόνο σε χειρότερη προσαρμογή, αλλά και με αρνητικές συνέπειες στην εξέλιξη της υγείας τους. Από την άλλη πλευρά, οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν την ασθένεια τους ως «έναν αγώνα που πρέπει να κατακτήσουν» και έχουν πίστη στον εαυτό τους και στην ψυχική τους δύναμη, έχουν καλύτερη πρόγνωση. Επιπρόσθετα, αυτές οι γυναίκες έχουν πιο καλή ποιότητα ζωής κατά την ΟΙ δυσκολίες των γυναικών αυξάνονται όταν ο καρκίνος ή η θεραπεία του παραμορφώνουν κάποιο μέρος του σώματος ή επηρεάζουν τη σεξουαλική τους ζωή. Αρκετές είναι οι ασθενείς που βιώνουν ψυχοκοινωνικά προβλήματα, τα οποία έχουν τις ρίζες τους στις σχέσεις τους με τα μέλη της οικογένειας και τους φίλους. Μπροστά στη διάγνωση μια χρόνιας και απειλητικής για τη ζωή ασθένειας, οι οικογενειακές και φιλικές σχέσεις δοκιμάζονται και πολλές φορές αλλάζουν. Τα συναισθήματα, καθώς και η αμηχανία τους για το τι πρέπει να της πούνε, τους κάνουν πολλές φορές να αποφεύγουν την επαφή μαζί της. Η «απομόνωση» αυτή, είτε είναι επιλογή της, είτε προκαλείται από τους άλλους, μακροπρόθεσμα δεν έχει θετικά αποτελέσματα ειδικά σε μια φάση που η κοινωνική υποστήριξη παίζει τόσο κύριο ρόλο (Γιωτάκη, 2010).

Ακόμη, όταν υπάρχει μία σοβαρή ασθένεια μέσα σε μία οικογένεια, είναι λογικό να επηρεάζονται όλα τα μέλη της. Μπαίνουν σε μία διαδικασία αναπροσαρμογής και ανάληψης καινούριων καθηκόντων και ρόλων. Δημιουργούνται καινούρια συναισθήματα που είναι δύσκολο να τα διαχειριστούν, όπως άγχος, θλίψη, συμπόνια και απόγνωση. Ίσως είναι θεραπευτικό και για την ίδια την οικογένεια να εμπλέκεται στην θεραπευτική διαδικασία και στη φροντίδα της ασθενούς. Ένα άλλο θέμα, είναι το οικονομικό. Πολλές φορές, η γυναίκα αναγκάζεται να εγκαταλείψει την εργασία της, ενώ παράλληλα τα έξοδα λόγω της νόσου είναι αυξημένα. Όλα αυτά είναι θέματα που απασχολούν και προβληματίζουν την γυναίκα, της προκαλούν άγχος και ο ρόλος του οικογενειακού περιβάλλοντος είναι να την καθησυχάζει και να την στηρίζει (Γιωτάκη, 2010).

Ένα τελευταίο πολύ κύριο οικογενειακό θέμα είναι η πληροφόρηση των παιδιών όσον αφορά την αρρώστια της μητέρα τους. Είναι ένα ιδιαίτερος ευαίσθητο θέμα και απαιτεί λεπτούς χειρισμούς εκ μέρους όλου του οικογενειακού και συγγενικού περιβάλλοντος, όταν τα παιδιά είναι ανήλικα. Πολλοί γονείς διαλέγουν να μην πούνε την αλήθεια στα παιδιά τους γιατί είναι πιο βολικό για τους ίδιους. Θα ήταν καλύτερα να ενημερώνουν οι γονείς τα παιδιά,, ανάλογα βέβαια την ηλικία τους και την ωριμότητα τους και να απαντούν σε οποιαδήποτε απορία έχουν τα παιδιά (Γιωτάκη, 2010).

Όσον αφορά τις αλλαγές στη σχέση του ζευγαριού, μια συζυγική σχέση που δεν ήταν καλή και πριν την παρουσία της ασθένειας στη γυναίκα, μπορεί να κλονιστεί. Η απομάκρυνση του συζύγου δημιουργεί στη γυναίκα την εντύπωση ότι την απορρίπτει, εξαιτίας της μαστεκτομής. Αν ωστόσο η μεταξύ τους σχέση ήταν βαθιά και αληθινή, τότε έχουν μεγάλες πιθανότητες να ανταπεξέλθουν από κοινού στη κατάσταση. Σε αυτή τη φάση, η μόνη αιτία της πιθανής απομάκρυνσης των συζύγων μετά τη διαγνωστική διαδικασία, είναι η ανάγκη τους να αφομοιώσουν και να προσαρμοστούν στην καινούρια πραγματικότητα (Γιωτάκη, 2010).

Ένα κύριο θέμα που προκύπτει ανάμεσα στο ζευγάρι είναι η σεξουαλική τους ζωή. Όταν μία γυναίκα νοσήσει από καρκίνο του μαστού αντιμετωπίζει πολλά προβλήματα σε ψυχολογικό, αλλά και σε σωματικό επίπεδο, σε σχέση με τη σεξουαλική επαφή της με το άλλο φύλο. Φυσικά αυτό έχει αντίκτυπο και στην ψυχολογία του άντρα. Αρχικά, είναι τόσο έντονο το στρες και η ένταση που δεν υπάρχει διάθεση για σεξουαλική επαφή. Η γυναίκα πολλές φορές χάνει την αυτοπεποίθηση και τη θηλυκότητα της. Συχνά αντιμετωπίζει τεράστια ψυχολογικά προβλήματα, ιδιαίτερα μετά την μαστεκτομή και δεν επιθυμεί καμία σεξουαλική επαφή με τον σύντροφο της, γιατί αισθάνεται πολύ άσχημα με τον εαυτό της και νιώθει ότι δεν είναι ερωτικά επιθυμητή πλέον. Οι άντρες, όμως, τις περισσότερες φορές στηρίζουν τη γυναίκα τους, της δείχνουν την αγάπη τους και έρχονται πιο κοντά της σε αυτή τη δύσκολη περίοδο (Γιωτάκη, 2010).

Όλη αυτή την κατάσταση μπορούν να την αντιμετωπίσουν οι γυναίκες με τη βοήθεια των ειδικών ψυχικής υγείας. Η ψυχοθεραπεία μπορεί να τις βοηθήσει να βρουν συγκεκριμένους τρόπους να αντιμετωπίσουν τον πόνο, να διαχειριστούν το άγχος, να τις διευκολύνει να εκφράσουν τα ποικίλα συναισθήματα που βιώνουν είτε κατά τη

διάρκεια της νόσου, είτε και κατά την περίοδο της αποθεραπείας, αλλά και να βρουν καινούριο νόημα στη ζωή τους. Ακόμη, μπορεί να παρέχει στήριξη στους συγγενείς και να τους καθοδηγεί ώστε να έχουν σωστή και βοηθητική στάση απέναντι στις ασθενείς. Τέλος, είναι κύριας σημασίας και βοηθητική η συμμετοχή της γυναίκας σε ομάδες υποστήριξης (Γιωτάκη, 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

4.1: Είδος έρευνας

Η συγκεκριμένη εργασία αποτελεί προϊόν δευτερογενούς βιβλιογραφικής έρευνας. Συγκεκριμένα, αναζητήθηκαν μελέτες, οι οποίες αφορούσαν τα νεότερα δεδομένα σχετικά με τη νόσο του καρκίνου του μαστού και το ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού στη φροντίδα της ασθενούς.

4.2: Περιγραφή δείγματος:

Το δείγμα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε αποτελείται από 13 επιστημονικά άρθρα (πρωτογενείς μελέτες) δημοσιευμένα στην αγγλική γλώσσα και τα οποία είναι δημοσιευμένα σε νοσηλευτικά περιοδικά τα πέντε τελευταία χρόνια (01/01/2015 – 31/12/2019) στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων pubmed.

4.3: Μέθοδος συλλογής:

Για τη συλλογή των νεότερων ερευνητικών δεδομένων πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων pubmed. Οι τίτλοι και οι περιλήψεις των άρθρων που εντοπίστηκαν από την ηλεκτρονική αναζήτηση ελέγχθηκαν σε αντιπαραβολή με τα κριτήρια επιλεξιμότητας. Τα κριτήρια επιλεξιμότητας είναι: η γλώσσα δημοσίευσης να είναι η αγγλική, τα άρθρα να αποτελούν πρωτογενείς έρευνες, να είναι δημοσιευμένα σε νοσηλευτικά περιοδικά κατά την τελευταία πενταετία (από 2015 έως και το 2019) και να αφορούν το νοσηλευτικό ρόλο στη φροντίδα ασθενών με καρκίνο του μαστού.

4.4: Διαδικασία συλλογής:

Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων pubmed, προκειμένου να βρεθούν οι νεότερες πληροφορίες σχετικά με τη νόσο του καρκίνου του μαστού και το νοσηλευτικό ρόλο στη φροντίδα του ασθενούς. Οι λέξεις-κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν κατά την προηγμένη αναζήτηση είναι οι εξής: breast cancer, και nursing care. Συγκεκριμένα στην προηγμένη αναζήτηση ακολουθήθηκε ο αλγόριθμος breast cancer AND “nursing care” και προέκυψαν 251 αποτελέσματα. Με τη χρήση των φίλτρων most recent, language (english) publication dates (01/01/2015 έως 31/12/2019) και journal categories (nursing journals) τα αποτελέσματα μειώθηκαν σε 16 αποτελέσματα. Οι τίτλοι και οι περιλήψεις των άρθρων που

εντοπίστηκαν από την ηλεκτρονική αναζήτηση ελέγχθηκαν σε αντιπαράβολή με τα κριτήρια επιλεξιμότητας. Οι λόγοι αποκλεισμού των μελετών καταγράφηκαν. Από το σύνολο των 16 άρθρων αποκλείστηκαν τα τρία άρθρα (ανασκοπήσεις) από την αρχική αναζήτηση και κατόπιν της εφαρμογής φίλτρων και επιλέχθηκαν 13 άρθρα βάσει των κριτηρίων ένταξης και αποκλεισμού και τα κύρια χαρακτηριστικά τους παρουσιάζονται στο πίνακα 1. Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε αφηγηματική σύνθεση των αποτελεσμάτων των μελετών που πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης μετά από ανάλυση του περιεχομένου τους.

4.5. ΕΠΙΛΟΓΗ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΘΕΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Πίνακας 1: Κύρια χαρακτηριστικά των άρθρων που συμπεριλήφθησαν στην ανασκόπηση.				
α/α	Συγγραφέας, έτος δημοσίευσης, χώρα	Είδος μελέτης	Σκοπός μελέτης	Κύρια ευρήματα
1	Acabedo et al, 2019, USA	Ποιοτική έρευνα σε 13 ισπανόφωνες ασθενείς με BCRL.	Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να εξετάσει την εμπειρία ισπανόφωνων γυναικών που ασχολούνται με το BCRL, ιδιαίτερα γυναικών μεξικανικής καταγωγής ή προέλευσης.	Κύρια ευρήματα έδειξαν τρία κεντρικά θέματα: «αίσθηση της απώλειας», «παραίτηση στον νέο εαυτό» και «άγνοια». Περαιτέρω αναλύσεις υπογραμμίζουν τις φυσικές, ψυχολογικές και πνευματικές πτυχές της ζωής με το BCRL.
2	Almeida et al, 2019, Brazil	Ποιοτική μελέτη σε εξωτερικούς ασθενείς στην κλινική μαστολογίας και στην σεξουαλικότητα της μητρότητας στη Βραζιλία.	Σκοπός αυτής της μελέτης είναι η αναφορά της εμπειρίας χρήσης του μοντέλου PLISSIT ως εργαλείου για τη νοσηλευτική φροντίδα των επιζώντων καρκίνου του μαστού με σεξουαλική δυσλειτουργία.	Κύρια ευρήματα έδειξαν πως το μοντέλο που χρησιμοποιείται στην πρακτική της νοσηλευτικής φροντίδας είναι σύνηθες και επιτρέπει ζητήματα που απασχολούν τις γυναίκες ασθενείς, καθώς έχει εύκολη διαθεσιμότητα και πρακτικότητα για χρήση από επαγγελματίες νοσηλευτές, βοηθώντας στην αντιμετώπιση των σεξουαλικών θεμάτων με μεγαλύτερη ηρεμία.

3	Zhanget et al, 2019, China	Ποιοτική μελέτη σε 154 ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε ριζική μαστεκτομή.	Σκοπός της μελέτης είναι να περιγράψει ένα πρωτόκολλο που εξετάζει τη σκοπιμότητα και την αποτελεσματικότητα μιας προσωπικής καθοδηγούμενης παρέμβασης αυτο-αποκάλυψης για τη διευκόλυνση της εύρεσης οφελών και άλλων σχετικών ψυχολογικών αποτελεσμάτων για τους ασθενείς με καρκίνο του μαστού.	Κύρια ευρήματα έδειξαν πως τα σημαντικά ζητήματα είναι: η γνωστική επανεκτίμηση, η κοινωνική υποστήριξη, η αισιοδοξία και οι τρόποι ιατρικής αντιμετώπισης.
4	Goldman et al, 2019, Brazil	Ποιοτική μελέτη για την οργάνωση του βραζιλιάνικου δικτύου φροντίδας του καρκίνου του μαστού που πραγματοποιήθηκε με 7 διευθυντές.	Σκοπός της μελέτης να αναλυθεί η οργάνωση του βραζιλιάνικου δικτύου φροντίδας του καρκίνου του μαστού, σύμφωνα με την προοπτική των στελεχών της πόλης του Σάο Πάολο.	Κύρια ευρήματα έδειξαν ότι υπάρχει ανομοιογένεια στην επιχειρησιακή λειτουργία του Δικτύου Φροντίδας και τα εμπόδια για την ενσωμάτωσή του και την πληρότητα του ήταν: η ευπάθεια του δεσμού με τους χρήστες, υψηλός κύκλος εργασιών των επαγγελματιών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, η έλλειψη τυποποίησης του συστήματος αναφοράς και η χαμηλή συνεργασία μεταξύ δημοτικών και κρατικών υπηρεσιών υγείας.
5	Silva, Moreira, 2018, Brazil	Ποσοτική μελέτη σε 108 ασθενείς με καρκίνο του μαστού σε απρογραμμάτιστη επανεισδοχή.	Σκοπός της μελέτης ήταν να αξιολογηθεί ο βαθμός πολυπλοκότητας της νοσηλευτικής περίθαλψης που απαιτείται για τους ασθενείς με καρκίνο του μαστού που επανέρχονται στο νοσοκομείο.	Κύρια ευρήματα έδειξαν ότι ο βαθμός πολυπλοκότητας των ασθενών που ξανά έκαναν εισαγωγή ήταν ημι εντατικός και εντατικός. Αυτή η αξιολόγηση συνεπάγεται τη διαχείριση της φροντίδας μέσω της γνώσης των ασθενών με προφίλ καρκίνου του μαστού και την ανίχνευση των χαρακτηριστικών που συνδέονται με το βαθμό πολυπλοκότητας.
6	Muntlin et al, 2018, Sweden, Australia	Ποιοτική μελέτη σε 30 άτομα με διάγνωση καρκίνου του μαστού, του καρκίνου του παχέος εντέρου ή του προστάτη (n = 10).	Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνήσει τις εμπειρίες των βασικών στοιχείων της περίθαλψης για τα άτομα με καρκίνο, από τη διάγνωση έως και μετά την ανοσοενισχυτική θεραπεία.	Κύρια ευρήματα έδειξαν έντονες περιγραφές των θεμελιωδών στοιχείων της φροντίδας (δηλ. βασικές ανάγκες) και οι συμμετέχοντες περιέγραψαν τις σωματικές, ψυχοκοινωνικές και σχεσιακές πτυχές της παροχής

				φροντίδας. Τόσο θετικές (π.χ. υποστηρικτικές και ευγενικές) όσο και αρνητικές (π.χ. ταπεινωτικές) εμπειρίες που σχετίζονται με τη σχέση με τους επαγγελματίες της υγειονομικής περίθαλψης επανεκτιμήθηκαν και επηρέασαν τις εμπειρίες των συμμετεχόντων σχετικά με τις βασικές αρχές της περίθαλψης.
7	Hulett et al, 2018, Columbia, Missoula	Ποιοτική μελέτη σε επιζώντες θηλυκού γένους με καρκίνο του μαστού.	Σκοπός της μελέτης ήταν να προσδιοριστεί η σκοπιμότητα και η αποδοχή ενός για τους επιζώντες του καρκίνου του μαστού. Ένας δευτερεύων στόχος ήταν να εξεταστούν οι σχέσεις μεταξύ θρησκευτικότητας/ πνευματικότητας (R/ S), οι αντιλήψεις για την υγεία και η ημερήσια σιελογόνια κορτιζόλη (DSC) ως μεσολαβητικό μέτρο για τη νευροενδοκρινική δραστηριότητα.	Κύρια ευρήματα έδειξαν τη δυνατότητα υλοποίησης, μέσω εγκυρότητας και αποδοχής των βιοσπειραμάτων SDC που συλλέγονται αυτομάτως με ένα προαιρετικό πρωτόκολλο αλληλογραφίας (σε μέτριες θερμοκρασίες). Οι θετικές πνευματικές πεποιθήσεις συσχετίστηκαν με τη μεσολάβηση νευροενδοκρινών.
8	Visentin et al, 2018, Brazil	Ποσοτική μελέτη σε 124 ασθενείς κατά την περίοδο 2/1 έως 30/6 2015 που ξεκίνησαν θεραπεία.	Σκοπός της μελέτης είναι ο χαρακτηρισμός του κοινωνικοοικονομικού και κλινικού προφίλ των ενηλίκων καρκίνων στη θεραπεία	Κύρια ευρήματα έδειξαν την σημαντικότητα της νοσηλευτικής φροντίδας σε όλα τα στάδια της θεραπείας.
9	Im et al, 2017, United States, South Korea	Ποιοτική μελέτη που βασίζεται στην τεχνολογία με βάση τον καρκίνο του μαστού.	Σκοπός της μελέτης αυτής είναι να προσδιορίσει τα πρακτικά ζητήματα στη διεξαγωγή μιας τεχνολογικής μελέτης παρέμβασης που χρησιμοποιεί πολλαπλές γλώσσες μεταξύ των Αμερικανών επιζώντων από καρκίνο του μαστού.	Κύρια ευρήματα έδειξαν 6 θέματα που αντιπροσωπεύουν τα πρακτικά ζητήματα. Έχουν βρεθεί ζητήματα στην πρόσληψη και διατήρηση μελών δίγλωσσων ερευνητικών ομάδων: Διατήρηση της συνέπειας στη διαδικασία μετάφρασης. Τήρηση της πολιτιστικής και εννοιολογικής ισοδυναμίας. Επαναλαμβανόμενες τροποποιήσεις πρωτοκόλλου IRB. Εύρεση και χρήση των υφιστάμενων μεταφρασμένων εκδόσεων και την οργάνωση των

				τεχνολογικών πτυχών που σχετίζονται με τις ηλεκτρονικές εκδόσεις πολλαπλών γλωσσών.
10	Chillakunnel et al, 2017, India	Ποιοτική μελέτη σε 120 νέους ασθενείς με καρκίνο μαστού.	Σκοπός της μελέτης είναι η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας ενός προγράμματος Nurse Navigator σχετικά με το άγχος, την ψυχολογική δυσχέρεια και την ποιότητα ζωής σε άτομα με καρκίνο του μαστού.	Κύρια ευρήματα έδειξαν πως αυτή η μελέτη μπορεί να δώσει στοιχεία σχετικά με την αποτελεσματικότητα του προγράμματος Nurse Navigator για γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Το πρόγραμμα θα μπορούσε να ενσωματωθεί σε νοσοκομειακές υπηρεσίες για τη βελτίωση της περίθαλψης των ασθενών.
11	Balsanelli, 2016, Brazil	Ποιοτική μελέτη σε 122 γυναίκες που ανταποκρίθηκαν στα συναισθήματα τους κατά τον πρώτο και τελευταίο κύκλο της χημειοθεραπείας.	Σκοπός τη μελέτης είναι το συναίσθημα της ελπίδας σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού κατά τη διάρκεια χημειοθεραπείας.	Κύρια ευρήματα έδειξαν πως η ελπίδα αυξήθηκε κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Η μελέτη αυτή προκάλεσε μια πολυεπιστημονική συμβολή, επιτρέποντας την κατανόηση των παραγόντων που μπορούν να επηρεάσουν την ελπίδα και την υποστήριξη της νοσηλευτικής φροντίδας.
12	Zhou et al, 2015, China	Ποσοτική μελέτη σε 170 ασθενείς που έλαβαν μουσικοθεραπεία και σταδιακή εκπαίδευση μυϊκής χαλάρωσης σαν ρουτίνα νοσηλευτικής φροντίδας και συνήθη νοσηλευτική φροντίδα.	Σκοπός της μελέτης είναι να εξετάσει τα αποτελέσματα της μουσικοθεραπείας και της προπόνησης με μυϊκή χαλάρωση για την κατάθλιψη, το άγχος και τη διάρκεια της παραμονής στο νοσοκομείο Κινέζων νοσούντων με καρκίνο του μαστού μετά από ριζική μαστεκτομή.	Κύρια ευρήματα έδειξαν ότι η μουσικοθεραπεία και οι ασκήσεις μυϊκής χαλάρωσης μπορούν να μειώσουν την κατάθλιψη, το άγχος και τη διάρκεια της παραμονής στο νοσοκομείο γυναικών με καρκίνο του μαστού μετά από ριζική μαστεκτομή.
13	Ferreira et al, 2015, Brazil	Ποιοτική μελέτη σε 16 επαγγελματίες της νοσηλευτικής περιοχής από 2 τομείς ενός πανεπιστημιακού νοσοκομείου.	Σκοπός της μελέτης είναι ο εντοπισμός των εμποδίων που επηρεάζουν τις πρακτικές νοσηλευτικής φροντίδας που σχετίζονται με τη σεξουαλικότητα των γυναικών με γυναικολογικό καρκίνο και καρκίνο του μαστού.	Κύρια ευρήματα έδειξαν τη σημαντικότητα της σεξουαλικότητας, των ταμπού και των προκαταλήψεων που την συνοδεύουν, καθώς και της συμβολή στην ευαισθητοποίηση της νοσηλευτικής ομάδας για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες με γυναικολογικό καρκίνο και καρκίνο του μαστού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΕΡΕΥΝΑ-ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

5.1.1: ΑΝΑΦΟΡΕΣ ΑΠΟ ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η μελέτη των Acabedo et al. (2019) αποτελεί μια έρευνα σε ισπανόφωνες γυναίκες σχετικά με το λεμφοίδημα, ως παρενέργεια της θεραπείας του καρκίνου του μαστού. Συγκεκριμένα, τα ευρήματα έδειξαν αίσθηση απώλειας, παραίτηση και άγνοια ως επιπτώσεις. Ο νοσηλευτικός ρόλος έγκειται στην φροντίδα των γυναικών με καρκίνο του μαστού, σε σχέση με τις καθημερινές δραστηριότητές τους. Πιο συγκεκριμένα, οι φροντιστές υγείας είναι υπεύθυνοι για την ενημέρωση και την εκπαίδευση των ασθενών, όσον αφορά τη θεραπευτική αντιμετώπιση και όσα προκύπτουν κατά τη διάρκεια αλλά και μετά από αυτήν. Θα πρέπει να κάνουν σαφές στις ασθενείς για τα νέα δεδομένα που θα προκύψουν στην καθημερινή τους ζωή εξαιτίας της νόσου. Ακόμη, η προσέγγιση των Visentin et al. (2018) ενισχύει τα παραπάνω δεδομένα, καθώς κύρια ευρήματα τους έδειξαν τη σημαντικότητα της νοσηλευτικής φροντίδας σε όλα τα στάδια της θεραπείας, αναφορικά με το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο τους.

5.1.2: ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η μελέτη των Almeida et al. (2019) δείχνει πως ο ρόλος των νοσηλευτών είναι καθοριστικός στην αντιμετώπιση της νόσου. Συγκεκριμένα, γίνεται λόγος για τη νοσηλευτική παρέμβαση σε θέματα σεξουαλικής φύσεως που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς στην πορεία της νόσου. Εφαρμόζεται το μοντέλο Plissit, ως εργαλείο για τη νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με σεξουαλική δυσλειτουργία. Το νοσηλευτικό προσωπικό παρέχει ψυχολογική υποστήριξη στις ασθενείς, ώστε να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν τη νέα κατάσταση και να την αποδεχθούν πιο εύκολα.

Ένα οργανωμένο σύστημα υγείας βοηθά σε πολύ σημαντικό βαθμό την περίθαλψη των ασθενών με καρκίνο μαστού, σύμφωνα με την έρευνα των Goldman et al. (2019) και καθοριστικής σημασίας για την πορεία της ασθενούς μέσα από αυτό είναι και η σωστή ενημέρωση από το εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό κατά τους Silva et al, (2018). Η σωστή ενημέρωση και πληροφόρηση θα βοηθήσει και την ασθενή στα επόμενα βήματα μετά το νοσοκομείο, δηλαδή στην αυτοφροντίδα της, σύμφωνα με τους Muntlin et al. (2018).

Οι Imet et al. (2017) ενισχύουν τη συγκεκριμένη άποψη αναφέροντας πως η χρήση τεχνολογίας, η όσο το δυνατό καλύτερη πληροφόρηση στην ασθενή θα δημιουργήσουν μια ομαλότερη διαδικασία αποκατάστασης και θα οδηγήσουν σε μια καλύτερη ποιότητα ζωής μετά την έξοδο από το νοσοκομείο. Το τελευταίο υποστηρίζεται και από τους Chillakunnel et al. (2017).

5.1.3: Ο ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΩΣ ΜΕΘΟΔΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Οι Balsanelli et al. (2016) υποστηρίζουν πως η ψυχολογία έχει τεράστια σημασία στην αποκατάσταση της νόσου του καρκίνου του μαστού. Συγκεκριμένα, η ελπίδα και η θετική σκέψη βοήθησε ασθενείς κατά τη διαδικασία της χημειοθεραπείας να αποβάλλουν την αίσθηση του πόνου. Ο ψυχολογικός παράγοντας επομένως και η ευαισθητοποίηση του προσωπικού μπορεί να βοηθήσει την ασθενή να ορθώσει το ανάστημά της και την αυτοπεποίθησή της μπροστά στη δύσκολη κατάσταση που περνάει και να βγει νικήτρια από όλη αυτή τη μάχη.

Επιπλέον, οι Hulett et al. (2018) υποστηρίζουν πως θετικές πνευματικές πεποιθήσεις βοηθάνε θεραπευτικά τη νόσο του καρκίνου του μαστού. Η αντιμετώπιση αυτή έχει να κάνει με τον ψυχολογικό παράγοντα των ασθενών. Καθοριστικό ρόλο παίζει η παρέμβαση και η φροντίδα του νοσηλευτή στην ψυχολογία της ασθενούς. Οι Zhanget et al. (2019) υποστηρίζουν επίσης την σημαντικότητα του ψυχολογικού παράγοντα ως μέθοδο φροντίδας στις ασθενείς που πάσχουν από αγχώδεις διαταραχές κατά τη διάρκεια της αποκατάστασης. Πιο συγκεκριμένα, αναφέρονται σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε διαδικασία ριζικής μαστεκτομής και οι οποίες αντιμετώπισαν συναισθήματα άγχους. Οι νοσηλεύτριες, από τη διάγνωση και έπειτα, προσπάθησαν με τις παρεμβάσεις τους να αντιμετωπίσουν αυτά τα συναισθήματα και έτσι βοήθησαν τις ασθενείς να χαλαρώσουν και να αποβάλλουν το στρες.

Οι Zhou et al. (2015) υποστηρίζουν πως η μουσικοθεραπεία και οι ασκήσεις μυϊκής χαλάρωσης παίζουν ρόλο στην ψυχολογική αποκατάσταση των γυναικών με καρκίνο του μαστού και αυτό ενισχύει ακόμη περισσότερο το ρόλο του ψυχολογικού παράγοντα στην εξέλιξη της θεραπείας. Ειδικότερα, οι τεχνικές αυτές έχουν να κάνουν με την αντιμετώπιση της κατάθλιψης και του φόβου, συναισθήματα που προκαλεί η νόσος αυτή στις γυναίκες.

Τέλος, σύμφωνα με τους Ferreira et al. (2015), ασθενείς με προβλήματα σεξουαλικής φύσεως εξαιτίας της νόσου αισθάνθηκαν καλύτερα, έχοντας την ψυχολογική υποστήριξη των νοσηλευτών με το μέρος τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά, από την παρούσα εργασία προκύπτει ότι στη χώρα μας ο καρκίνος του μαστού στις γυναίκες αποτελεί σημαντικό παράγοντα θνησιμότητας και αυξάνεται συνεχώς. Ακόμη, αναδεικνύει πόσο σπουδαία είναι η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση στη θεραπευτική διαδικασία. Η συνεχής παρακολούθηση της ασθενούς από το νοσηλευτικό προσωπικό, η έγκαιρη αναγνώριση και η άμεση αντιμετώπιση των προεγχειρητικών και των μετεγχειρητικών προβλημάτων που μπορεί να εμφανιστούν, καθώς και η ψυχολογική στήριξη, συμβάλλουν σημαντικά στην αποκατάσταση των ασθενών. Επομένως, η παρέμβαση του νοσηλευτικού προσωπικού είναι καθοριστικής σημασίας για την υποστήριξη της ασθενούς με καρκίνο μαστού.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Acebedo JC., Haas BK., Hermanns M., J Transcult Nurs., (2019). *Breast Cancer-Related Lymphedema in Hispanic Women: A Phenomenological Study*. Dec 2:1043659619891236.
- Αγοραστός Θ., Βαβίλης Δ., Μπόντης., ΙΝ (2006), (εκδ.) *Σύγχρονες Εξελίξεις στην Πρόληψη του Γυναικολογικού Καρκίνου*. Θεσσαλονίκη:, University Studio Press.
- Almeida NG., Britto DF., Figueiredo JV., Moreira TMM., Carvalho REFL., Fialho AVM., Rev Bras Enferm., (2019). *PLISSIT model: sexual counseling for breast cancer survivors*. Aug 19;72(4):1109-1113.
- Balsanelli AC., Grossi SA., Rev Esc Enferm USP. (2016). *Predictors of hope among women with breast cancer during chemotherapy*. Nov-Dec;50(6):898-904
- Chillakunnel Hussain Rawther S, Pai MS, Fernandes DJ, Mathew S, Binu VS, Chakrabarty J., Devi ES., George A., Nayak BS., J Adv Nurs., (2017). *A Randomized controlled trial to evaluate the impact of a Nurse Navigator Programme on outcomes of people with breast cancer: study protocol*. Apr;73(4):977-988.
- Γιωτάκη Ε., (2010). *Σύγχρονη Εσωτερική Παθολογία*. Αθήνα:, Ιατρικές εκδόσεις Σιώκης
- Ferreira SM., Gozzo Tde O., Panobianco MS., dos Santos MA., de Almeida AM., Rev Lat Am Enfermagem., (2015). *Barriers for the inclusion of sexuality in nursing care for women with gynecological and breast cancer: perspective of professionals*. Jan-Feb;23(1):82-9.
- Goldman RE., Figueiredo EN., Fustinoni SM., Souza KMJ., Almeida AM., Gutiérrez MGR., Rev Bras Enferm., (2019). *Brazilian Breast Cancer Care Network: the perspective of health managers*. Feb;72 (suppl 1):274-281.
- Hulett JM., Armer JM., Leary E., Stewart BR., McDaniel R., Smith K., Millspaugh R., Millspaugh J., Cancer Nurs, (2018). *Religiousness, Spirituality, and Salivary Cortisol in Breast Cancer Survivorship: A Pilot Study*. Mar/Apr;41(2):166-175.
- Im EO., Lee SJ., Hu Y., Cheng CY., Iikura A., Inohara A., Kim S., Hamajima Y., Yeo SA., Chee E., Chee W., Appl Nurs Res., (2017). *The use of multiple*

languages in a technology-based intervention study: A discussion paper. Dec;38:147-152.

- Ιωαννίδου Μουζάκα Α., (2005). *Η αποκάλυψη του Στήθους*. Αθήνα Β' Έκδοση, Εκδόσεις Λιθογραφική ABEE
- Ιωαννίδου Μουζάκα Α., (2008). *Σύγχρονη Μαστολογία*. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης
- Netter Frank., H., (2007). *Μαιευτική Γυναικολογία*. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης
- Silva LGD., Moreira MC., Rev Gaucha Enferm. (2018). *Degree of complexity of nurse care: associations in clinical oncology in breast cancer*. Oct 22;39:e20180015.
- Visentin A., Mantovani MF., Kalinke LP., Boller S., Sarquis LMM. Rev Bras Enferm. (2018). *Palliative therapy in adults with cancer: a cross-sectional study*. Mar-Apr;71(2):252-258.
- Τσέκουρας Α., (2013). *Πλαστική Αποκατάσταση του Μαστού*, Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδη
- Φύσσας Γ., (2006). «*Ο Μαστός και οι παθήσεις του*». Αθήνα:, εκδοτικός οίκος Α.Α. Λιβάνη
- Χατζημπούγιας Ι., (2003). «*Στοιχεία Ανατομικής του Ανθρώπου*». Αθήνα:, εκδόσεις GM Design
- Zhang MM., Yang YJ., Su D., Zhang T., Jiang XX., Li HP. J Adv Nurs. (2019). *A randomized controlled trial of a guided self-disclosure intervention to facilitate benefit finding in Chinese breast cancer patients: Study protocol*. Aug;75(8):1805-1814